

JULIANA JACQUES DA COSTA

KARINA GARCIA DA SILVEIRA

CLEUSA MARIA BENFICA DE OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA NA TEORIA DAS
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E NOS PRINCÍPIOS DE PAULO FREIRE
EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**

FLORIANÓPOLIS-SC

2007

JULIANA JACQUES DA COSTA

KARINA GARCIA DA SILVEIRA

CLEUSA MARIA BENFICA DE OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA NA TEORIA DAS
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E NOS PRINCÍPIOS DE PAULO FREIRE
EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU**

**Relatório da Prática Assistencial apresentado na
disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada
do Curso de Graduação em Enfermagem Centro
de Ciências da Saúde, Universidade Federal de
Santa Catarina.**

Orientadora: Dra. Marta Lenise do Prado

Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Co-orientadora: Dda. Patrícia Kuerten Rocha

FLORIANÓPOLIS-SC

2007

"Pode parecer que fracassos e êxitos são determinados por fatores externos. Mas os fatores externos são criados pela mente. Se você persistir em mentalizar o que deseja e continuar se esforçando para consegui-lo, ocorrerão mudanças no mundo à sua volta e surgirá o caminho para a concretização do seu desejo."

Seicho-no-Ie

AGRADECIMENTOS

À Deus:

Por nos abençoar com o milagre da vida e por iluminar nosso caminho... por termos chegado até aqui!

Aos nossos pais:

Valter e Janice; Eugênio e Maria Elzira; e Paulo e Iracy, que nos ensinaram a viver com dignidade, nos iluminaram nos caminhos obscuros, com afeto e dedicação, que renunciaram aos seus sonhos, para que muitas vezes pudéssemos realizar os nossos. A nossa vitória é, antes de tudo, vossa.

Aos nossos amores:

Fábio; Marcos; e Odeir, pelo amor, pelas palavras de incentivo, amizade e companheirismo, pela compreensão nos momentos de ausência, por confiarem em nosso potencial e nos fazer crescer, sendo muitas vezes motivos de inspiração em nossa caminhada.

Aos nossos filhos:

Luana; Evelyn e Mayara, pelo carinho, incentivo e apoio. Por compreenderem nossa ausência, acreditarem em nossas capacidades e compartilharem de nossos ideais.

Aos nossos amigos e colegas de turma:

Pelo companheirismo e amizade; por compartilharem do nosso aprendizado e nos proporcionarem felizes momentos nesta trajetória. Levaremos conosco o exemplo e o brilho de uma amizade construída que jamais se perderá no tempo.

À equipe multiprofissional do SAMU:

Por ter-nos acolhido como parte integrante da equipe, pelos ensinamentos, paciência e generosidade; pelos momentos de descontração e de grande demonstração de amizade.

Às nossas supervisoras:

Maíra M. Meira, Maíra C. Perraro, Patrícia M. Wollf e Keyla C. do Nascimento, por partilharem conosco seus conhecimentos, pela dedicação, incentivo e preocupação com o nosso crescimento profissional e pessoal.

Às nossas orientadoras e co-orientadora:

Marta L. do Prado, Kenya S. Reibnitz e Patrícia K. Rocha, pela tranquilidade, amizade, sabedoria e otimismo nos momentos difíceis, incentivando nossa independência na aquisição de novas experiências. Obrigada por nos estimular na busca da satisfação plena de nossos ideais profissionais e pessoais.

Aos professores da graduação:

Por repartirem conosco os seus conhecimentos, colocando em nossas mãos os instrumentos com os quais abriremos novos horizontes.

Aos pacientes:

Por se colocarem em nossas mãos inexperientes, sabendo valorizar o nosso trabalho, passando-nos confiança e permitindo-nos concretizar nossa formação profissional. Nossa amizade e agradecimento sincero.

RESUMO

Trata-se do trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. É um projeto assistencial, na área de emergência pré-hospitalar desenvolvido no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU, no município de Florianópolis- SC, no período compreendido entre 06 de outubro a 08 de dezembro de 2006. O trabalho tem como objetivo geral prestar assistência de enfermagem fundamentados na teoria das Necessidades Humanas Básicas, ao paciente em situações de emergência/urgência em um Serviço de Atendimento Pré-hospitalar. Já os objetivos específicos são: conhecer as ações desenvolvidas pela equipe do SAMU; planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem a indivíduos e/ou grupos, aplicando conhecimentos teórico-práticos e interrelacionando fatores físicos, psíquicos, ambientais e sócio-culturais, utilizando um referencial teórico; desenvolver e manifestar atitudes coerentes com as normas éticas, referentes ao código de ética dos profissionais de enfermagem; desenvolver, atividades de educação continuada junto à equipe do SAMU; aprofundar os conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho das atividades e desenvolver habilidades de pesquisa em Enfermagem. Como marco referencial, foi escolhido a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs), de Wanda A. Horta, sendo esta utilizada na assistência ao paciente e na reformulação da ficha de atendimento da instituição, objetivando a sistematização do atendimento. Para o objetivo de desenvolver educação continuada, com a equipe do SAMU, utilizamos como referencial a proposta pedagógica libertadora e problematizadora, fundamentada nos princípios de Paulo Freire. A revisão de literatura apresenta a história e os aspectos legais do atendimento pré-hospitalar; avaliação do paciente em situação de emergência/urgência, entre outros. A escolha do tema justifica-se por ser o suporte avançado de vida (SAV) no atendimento pré-hospitalar (APH) um campo novo, dinâmico e que exige atenção dos profissionais da área da saúde e aperfeiçoamento profissional dos mesmos. Além disso, o APH oferece aos acadêmicos a oportunidade de

desenvolver habilidades práticas e aprofundar os conhecimentos teóricos na área, atendendo de forma integral ao paciente. A prática assistencial realizada no SAMU-SC nos possibilitou um grande aprendizado: ampliamos nossos conhecimentos no atendimento ao paciente em situações de emergência/urgência, vivenciamos a realidade do enfermeiro em uma equipe de saúde multidisciplinar, conhecemos a complexidade de uma instituição de saúde e tivemos a oportunidade de assistir ao paciente em suas NHBs, de forma integral e buscando sempre a humanização do atendimento.

ABSTRACT

This paper is the conclusion of the Graduation Course in Nursing at Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. This is an aid project in the daily pay-hospital emergency, developed by Urgency Moveable Service-SAMU, at Florianópolis city-SC, in the period from October 06 to December 08 of 2006. The paper has six specific objectives: to know the actions developed by the SAMU staff; to plan and evaluate the assistance of nursing to people and/or groups, putting theoretical and practical knowledge and related them to physics factors, psychics, environmental and socio-cultural, utilizing a theoretical referential; to develop and to manifest coherent attitudes with the ethical rules, according to the ethical code by the nursing professional; to develop, education attitudes continued alongside SAMU staff; to deepen the abilities to develop the activities and to be able to research about nursing. As a referential mark, the theory of the Basic Human Needs by Wanda A. Horta was chosen, being utilized in the patient assistance and in the reformulation of the attending report of the institution, giving top priority to the attending service. Aiming to develop the continued education with the SAMU staff, we used pedagogic propose by Paulo Freire principles as a referential. The literary revision shows the history and its legal aspects in the daily pay-hospital attending; patient evaluation in urgency/emergency situation, among others. Choosing this subject is justified for being the advanced life support in the daily pay-hospital attending. A new field, dynamic, that calls professional's attention and improvement in the health area. Besides that, the APH offers the academics the opportunity to develop practical skills and deepen the theoretical knowledge in the area, working full-time for the patient. The assistance practice that took place in the SAMU-SC brought us a great knowledge: we increased our knowledge in order to help a patient in situations of emergency/urgency, we saw the reality of the nurse in a multi-disciplinary health staff, and in addition we knew the

complexity of a health institution and we also had the opportunity to assist the patient in their NHBs, in integral form and searching for the humanization of attending the whole time.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Objetivos.....	13
1.1.1. Objetivo Geral.....	13
1.1.2. Objetivos Específicos.....	13
2. RECONHECENDO O SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (SAPH)	15
2.1. Trajetória do SAPH.....	15
2.1.1. Conhecendo a História do SAPH.....	15
2.1.2. Aspectos Legais do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil.....	18
2.2. Atendimento Pré-Hospitalar.....	20
2.2.1. Modelos de APH.....	21
2.2.2. Sistemas de APH.....	22
2.2.3. Avaliação do Paciente no APH.....	24
2.2.3.1. Avaliação Primária	25
2.2.3.2. Avaliação Secundária	40
2.2.4. Imobilização do Paciente no APH.....	42
2.3. O Cuidado com o Material.....	46
2.4. A Enfermagem no SAPH.....	49
3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	52
3.1.1. Breve Biografia e Pressupostos de Wanda A. Horta	52
3.1.2. Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs).....	53
3.2. Princípios Pedagógicos de Paulo Freire.....	57
3.2.1. Breve Biografia e Pressupostos de Paulo Freire.....	57
3.2.2. Proposta Pedagógica, Libertadora e Problematicadora.....	58
3.3. Marco Conceitual.....	61
3.3.1. Conceitos.....	61
4. METODOLOGIA.....	65
4.1. O Local de Estágio: SAMU/ SC.....	65

4.1.1.Estrutura Física	68
4.1.2. Equipe no APH.....	70
4.1.3.Central de Regulação de SAMU/SC.....	72
4.2 Desenvolvimento dos Objetivos.....	74
4.3.Considerações Éticas.....	77
 5. COMPARTILHANDO A EXPERIÊNCIA.....	79
5.1. Aprofundando Conhecimentos e Habilidades	79
5.2. Conhecendo as Ações Desenvolvidas pela Equipe de SAPH no SAMU.....	81
5.3. Assistindo ao Paciente no SAMU.....	87
5.3.1. Conhecendo a População Atendida.....	89
5.3.2. Avaliando a Assistência.....	104
5.4. Desenvolvendo e Manifestando Atitudes Coerentes com as Normas Éticas.....	105
5.5. Desenvolvendo Atividades de Educação Continuada	106
5.5.1 Avaliando a Atividade.....	109
5.6. Desenvolvimento de Habilidades de Pesquisa em Enfermagem.....	111
 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
 7. REFERÊNCIAS.....	115
 APÊNDICES.....	119
 ANEXOS.....	130

1. INTRODUÇÃO

A área de emergência/urgência constitui-se em um importante componente da assistência de saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana, e a insuficiência da estrutura da rede de saúde do país, são fatores que contribuem para a necessidade de implantação e ampliação de um sistema de APH no Brasil e no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o APH pode ser definido como assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorre fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar seqüelas ou até mesmo levar à morte.

A atividade de APH no Brasil sempre foi diversificada, onde os estados desenvolveram um sistema de atendimento às urgências e emergência de caráter privado ou público, predominantemente executado pelo Corpo de Bombeiros Militares (MARTINS, PRADO, 2003). Entretanto, a atividade enfrentou grandes dificuldades até meados da década de 90, devido à falta de uma legislação específica que contribuísse para a sustentação de uma estrutura de APH. A partir de 1999, o Ministério da saúde vem publicando portarias a fim de regulamentar e normatizar este tipo de atendimento em todo o Brasil, através de uma Política Nacional baseada nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado por regiões e considerando o atendimento hierarquizado.

O SAPH com unidade de atendimento móvel de emergência surge, no Brasil, somente a partir de 1984, no Estado de Porto Alegre. Três anos, depois surge o 1º SAPH de Santa Catarina, criado pelo Corpo de Bombeiros da Polícia militar de Blumenau. Entretanto, a partir de 1997, o Conselho Federal e o Conselho Regional de Medicina (CFM e CRM) começaram a

questionar a eficácia dos serviços no APH, realizados pelos socorristas do Corpo de Bombeiros, alegando que os mesmos não possuíam embasamento legal para tal atuação.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), concluída em 2003, revelou que as filas nas emergências dos hospitais, o longo tempo de espera para a realização de exames e cirurgias e a incapacidade das unidades de saúde de acolherem os pacientes são queixas frequentes entre os usuários do SUS. O resultado da pesquisa serviu de parâmetro para a elaboração do QualiSUS, um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital.

A partir dessa realidade, o Ministério da Saúde (MS) implanta o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com o objetivo de unificar e melhorar a assistência nos serviços de urgência e emergência.

O SAMU tem como finalidade prestar socorro imediato e eficiente à população, funcionando 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde capacitados para o SAPH, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas. Desta forma, o serviço atende os mais diversos casos, de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

O presente estudo visou embasar nossa prática assistencial, que foi realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Florianópolis. Este estudo faz parte da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, da VIII fase da Unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. As atividades da prática assistencial foram realizadas na Unidade de Suporte Avançado (USA), sob orientação da Prof^a Dra. Marta Lenise Prado e Dra. Kenya Schmidt Reibnitz, co-orientação da Dda. Patrícia Kuerten Rocha e supervisionado pelas enfermeiras Msc. Maíra Melissa Meira, Dda. Keyla Cristina do Nascimento, Patrícia Machado Wollf e Maíra Chiarria Perraro .

Diversas teorias procuram embasar a prática da enfermagem, nas suas mais diferentes áreas de atuação. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs), de Wanda Aguiar Horta, veio de encontro ao nosso estudo porque, de uma forma sistematizada, permite ao profissional atender ao ser humano que se encontra em situação crítica e com suas NHBs afetadas. A assistência, fundamentada nesta teoria, foi realizada de forma integral, não

visando apenas um membro ou sistema do corpo comprometido, mas sim as necessidades psicobiológicas, psicoespirituais e sociais do paciente que se encontram em desequilíbrio.

Acreditando na importância do SAPH e na necessidade de investimentos na formação dos profissionais do setor, além de assistir ao paciente em situação crítica de urgência/emergência, desenvolvemos também atividades de educação permanente junto à equipe de APH, utilizando a proposta pedagógica libertadora e problematizadora, baseada nos princípios pedagógicos de Paulo Freire.

A escolha para o tema do trabalho de conclusão do curso (TCC) é uma escolha bastante difícil, já que durante a graduação tivemos a oportunidade de conhecer diversas realidades e vivenciar experiências que possibilitaram uma aproximação maior com o paciente. Disciplinas que chamaram muito nossa atenção durante o Curso de Graduação em Enfermagem foram as disciplinas de Enfermagem em Primeiros Socorros, ministrada na primeira unidade curricular do curso; e Enfermagem nas Intercorrências Cirúrgicas e de Urgência, ministrada na sexta unidade curricular do curso, onde percebemos a importância dos primeiros cuidados ao paciente que têm sua saúde afetada e tivemos a oportunidade de prestar assistência direta ao paciente em situação de urgência/emergência, durante o estágio curricular na emergência hospitalar. Entretanto, devido à pequena carga horária das disciplinas, sentimos a necessidade de ampliar nossos conhecimentos em urgência/emergência. Uma das acadêmicas realizou no início de 2005 um curso teórico prático de Suporte Básico de Vida e manifestou a vontade de associar o aprendizado obtido com a contribuição da enfermagem no SAPH, através do TCC, o que também serviu como motivação para a escolha do tema.

O suporte avançado de vida (SAV) no APH é um campo novo, dinâmico e que exige atenção dos profissionais da área da saúde. Além disso, percebemos que o APH oferece aos acadêmicos a oportunidade de desenvolver habilidades práticas e aprofundar os conhecimentos teóricos na área, atendendo de forma integral ao indivíduo que tem suas NHBs afetadas.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Prestar assistência de Enfermagem fundamentados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, ao paciente em situações de emergência/urgência em um Serviço de Atendimento Pré-hospitalar.

1.1.2 Objetivos específicos:

1. Aprofundar os conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho de atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada no SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência);
2. Conhecer as ações desenvolvidas pela equipe de SAPH (Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar) no SAMU, frente às situações de emergência/urgência;
3. Planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem a indivíduos e/ ou grupos, aplicando conhecimentos teórico-práticos e interrelacionando fatores físicos, psíquicos, ambientais e sócio-culturais, utilizando o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Aguiar Horta e os diagnósticos da NANDA.
4. Desenvolver e manifestar atitudes coerentes com as normas éticas, referentes ao código de ética dos profissionais de enfermagem.
5. Desenvolver atividades de educação permanente junto à equipe de APH, utilizando a proposta pedagógica libertadora e problematizadora, fundamentada nos princípios de Paulo Freire;
6. Desenvolver habilidades de pesquisa em Enfermagem.

2. RECONHECENDO O SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (SAPH)

Para possibilitar uma maior fundamentação à prática assistencial realizada, consideramos essencial realizar uma revisão de literatura, para resgatar os conhecimentos fundamentais relacionados ao tema proposto. Para tal, se fez necessário eleger assuntos pertinentes ao Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (SAPH), que oferecessem subsídios para nossa prática assistencial.

2.1. TRAJETÓRIA DO SAPH

2.1.1. Conhecendo a História do SAPH

O atendimento de emergências/ urgência surgiu durante o período das grandes guerras, com a necessidade de atender vítimas no local da ocorrência, mas precisamente, no século XVIII, no período napoleônico. Em 1795, na guerra de Napoleão na Prússia, os homens feridos eram transferidos em carroças, puxadas por animais, para um local de atendimento com cuidados médicos adequados (RAMOS, SANNA, 2005).

O médico Barão Dominique Jean Larrey criou, no ano de 1792, o primeiro veículo destinado ao transporte de pacientes. Ele também foi designado pelo Napoleão Bonaparte, para desenvolver um sistema de cuidados médicos para o Exército Francês. Este sistema continha preceitos que utilizamos atualmente, sendo eles: “rápido acesso ao paciente por profissionais treinados; tratamento e estabilização no campo; rápido transporte aos hospitais apropriados; cuidados médicos durante o transporte” (NITSHKE et al, 2005, p.35).

De acordo com Ramos e Sanna (2005), podemos dizer que a enfermagem teve o seu início de atuação em atendimento pré-hospitalar no período da Guerra da Criméia, entre 1854 e 1856, com o trabalho de Florence Nightingale.

No ano de 1863, devido a necessidade de atendimento dos soldados no campo de batalha, foi criada a Cruz Vermelha Internacional, destacando-se nas duas grandes Guerras Mundiais (NITSHKE et al, 2005).

Em 1864, nos Estados Unidos, foi implantado um sistema organizado de socorro à população civil (Railway Surgery-USA), tendo como objetivo prestar cuidados médicos às vítimas de trauma durante as viagens de trem. No ano seguinte, foi instituído pelo Exército Americano o primeiro serviço de ambulância (NITSHKE et al, 2005; BARBOSA, 2004).

No ano de 1870, em Paris, foi registrado o primeiro resgate de transporte aero- médico, através de balão de ar quente, utilizado pelo Exército Prussiano para remover soldados (NITSHKE et al, 2005).

A atividade de atendimento pré-hospitalar no Brasil sempre foi diversificada, onde os estados desenvolveram um sistema de atendimento às urgências e emergência de caráter público, predominantemente executado pelos Corpos de Bombeiros Militares ou empresas privado (MARTINS, PRADO, 2003).

Em 1950, foi implantado em São Paulo o SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, considerado, do ponto de vista histórico, como o primeiro serviço implantado com caráter de atenção pré-hospitalar no Brasil. Seu objetivo era prestar assistência médica à distância, com o médico indo à residência do cliente. Por uma série de motivos este serviço, incluindo a falta de Regulação Médica às Urgências, esta atividade foi desativada progressivamente (RAMOS, SANNA, 2005; NITSHKE et al, 2005).

No período de 1956 a 1959, houve avanço na recuperação de vítimas acometidas por Parada Cardio-Respiratória, onde até então era realizado a respiração “boca a boca”, e a criação do primeiro desfibrilador portátil no Hospital John Hopkins (SHLEMPER, 2000).

Na década de 80, São Paulo contava com um serviço de atendimento às urgências/emergências, através do número 192. O serviço não possuía uma equipe definida devido ao número insuficientes de funcionários e sua frota de ambulâncias era composta por uma quantidade inexpressiva para atender a demanda de ocorrências. Por este motivo, era referenciado como transporte de remoção inter-hospitalar (RAMOS, SANNA, 2005).

No ano de 1984, surge no Brasil, no Estado de Porto Alegre, o primeiro serviço Médico com Unidade de Atendimento Móvel de Emergência (ALMOYNA, NITSCHKE, 2000).

Em Santa Catarina, o primeiro SAPH foi criado em 1987, pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de Blumenau, em parceria com outras entidades (MARTINS, PRADO, 2003).

Uma das experiências mais importantes ocorreu em São Paulo, no ano de 1989, com início do Projeto Resgate, desenvolvido pela parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde do Estado e a Segurança pública (Corpo de Bombeiro e Grupamento Patrulha). O projeto possibilitou a implantação do Suporte Avançado à Vida, com o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU-SP. Este serviço continha trinta e cinco viaturas de resgate, tripuladas por bombeiros, duas viaturas de Unidade de Suporte Avançado (USA), tripuladas com médico e enfermeira e três helicópteros, tripulados com dois pilotos, um médico e uma enfermeira (RAMOS, SANNA, 2005).

No ano de 1990, surgiu a nível Nacional, o Sistema Integrado de Assistência Médica de Emergências (SIATE), do Ministério da Saúde, que criou o Programa de Enfrentamento às Emergências e Trauma – PEET. Um dos projetos do Programa era o PAPH (Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar) que, coordenado pelo Corpo de Bombeiros (CB), provocou uma padronização nacional do atendimento público pré-hospitalar para vítimas politraumatizadas. Na época, só o CB do estado do Rio de Janeiro possuía em seus quadros oficiais Médicos e praças com o curso de auxiliar e técnico de enfermagem. Nos demais Estados, os bombeiros passaram a receber treinamento em Emergências Médicas, com o curso básico de socorristas e, com isso, passaram a ser denominados Agentes de Socorro de Urgência (ASU) (ALMOYNA, NITSCHKE, 2000; RAMOS, SANNA, 2005).

Em 1995, foi implantado o SAMU em Porto Alegre, através de um termo de cooperação técnica com a França. Em Ribeirão Preto, o SAMU entrou em operação em oito de outubro de 1996, já possuindo Suporte Avançado à Vida, com Central de Regulação Médica (NITSCHKE et al, 2005; RAMOS, SANNA, 2005).

Em fevereiro de 1999, as cidades que haviam implantado o SAMU tiveram à inclusão das Unidades de Suporte Básico (USB), subordinados a uma Central de Regulação Médica (RAMOS, SANNA, 2005).

Segundo Nitschke et al (2005), de 1996 a 2002, ocorreu a implantação de diversos SAMUs no Brasil, dentre eles: SOS Fortaleza; SAMU-Resgate, da região metropolitana de São Paulo; Ribeirão Preto; Araraquara; São José do Rio Preto; Santos; região do Vale do Ribeira; Belo Horizonte e Recife. Em Florianópolis, a base do SAMU foi inaugurada apenas em novembro de 2005.

2.1.2. Aspectos Legais do APH no Brasil

O APH no Brasil, enfrentou grandes dificuldades devido à falta de legislação específica, até meados da década de 90, o que contribuiu para a sustentação de várias estruturas de APH, cada uma com suas peculiaridades e sem um padrão Nacional a ser seguido (RAMOS, SANNA, 2005).

Os Conselhos Federal e Regional de Medicina (CFM e CRM), a partir de 1997, passaram a questionar a eficácia dos serviços no APH, realizados pelos Corpos de Bombeiros, pois seus militares não possuíam embasamento legal para tal atuação (RAMOS, SANNA, 2005). O CRM de Santa Catarina (CREMESC) foi o primeiro que editou duas resoluções (nº 027/97 e nº 028/97), que regulamentaram o transporte de paciente em urgências e emergências, em ambulâncias e o APH no estado (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 1997).

No ano de 1998, o CFM lançou a Resolução n.º 1.529/98, que normatizou a atividade médica na área de urgência/emergência em SAPH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Ministério da Saúde, em 24 de julho de 1999, transcreveu quase que integralmente a resolução do CFM/98 e editou a Portaria nº 824, que normatizou o APH em todo o Brasil. Esta portaria define regulação médica; regulamenta os profissionais oriundos da área da saúde, e não oriundos da área da saúde; a formação dos profissionais, delimitando inclusive os conteúdos curriculares para cada categoria profissional; a normatização técnica para veículos de APH e transporte inter-hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

O CFM, no ano de 2002, editou a resolução nº 1643, que definia e legalizava a aplicação de metodologias interativas de comunicação audio-visual, como a telemedicina, para serem utilizadas por médicos, nos casos de emergência ou quando solicitados. Estes profissionais podem prestar, à distância, o devido suporte terapêutico e o diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no ano de 2000, instituiu resoluções para amparar legalmente a atuação da enfermagem no APH, relacionadas com o Suporte Básico e o Suporte Avançado à vida. A Resolução nº 225, de 28 de fevereiro de 2000 (ver anexo A) regulamenta o cumprimento de prescrição de medicamentos/ terapêutica à distância, ou seja, permite que os profissionais de enfermagem executem as prescrições médicas via rádio/ telefone, em casos de urgência ou risco de vida. Já no ano de 2001, o COFEN, através da resolução nº 260, inclui o APH como uma das especialidade da enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000).

O artigo 1º, parágrafo único, da resolução do COFEN nº 300/05 (ver anexo B), em vigor em 16 de março de 2005, tornou privativo do profissional de enfermagem o que já era previsto em lei. Os procedimentos de enfermagem no APH e Inter-Hospitalar de Suporte Básico e de Suporte Avançado de Vida devem ser executados exclusivamente por estes profissionais, sendo que é imprescindível a presença do enfermeiro em Suporte Avançado de Vida e Unidades de Terapia Intensiva (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2005).

Em 05 de novembro de 2002, entrou em vigor a Portaria nº 2.048/GM, do Ministério da Saúde (ver anexo F), possuindo sete capítulos: Plano Estadual de atendimento às Urgências e Emergências; Regulação Médica das Urgências e Emergências; Atendimento Pré-Hospitalar fixo; Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; Atendimento Hospitalar; Transferência e Transporte Inter-Hospitalar; Núcleo de Educação em Urgência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Portaria nº 2.048/GM é uma ampliação das leis anteriores, com relação a normatização do serviço móvel de Urgência e Emergência e a composição das equipes no APH. Ela estabelece regras e características dos veículos e os equipamentos a serem utilizados nas ambulâncias. O APH móvel deve ser entendido como atribuição da área da saúde, sendo vinculada a uma Central Médica. Para esta Central, deve ser passadas todos os pedidos de socorro, principalmente os que deram entradas em outros serviços, como o de Segurança Pública e Salvamento, pois estes serviços em determinadas situações devem orienta-se pela decisão do Médico Regulador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A portaria nº 2.048/GM, traz aspectos novos e fundamentais tais como: estabelece planos estaduais de atendimento de urgências e emergências, prevendo a estrutura dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências; envolve toda a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada; cria o Núcleo de Educação em Urgência; e situa as políticas de emergências, exclusivamente no âmbito das políticas de saúde, ou seja, nas diretrizes do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em 29 de setembro de 2003, o Ministério da Saúde regulamenta duas portarias: nº 1863/GM e nº 1864/GM. A portaria nº 1863/GM, define que a Política Nacional de Urgências/emergências deve ser implantada em todas as Unidades Federativas, respeitando as três esferas de gestão. Já a portaria nº 1864/GM institui a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência/emergência em municípios e regiões em todo o território brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

2.2 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Diante do aumento no número de acidentes e violências resultantes de ações intencionais ou não, que provocam danos físicos, emocionais, ou morais ao ser humano, tornou-se consenso mundial oferecer mais atenção ao APH, buscando implantar sistemas de atendimento ao traumatizado e minimizar a morbimortalidade (MANTOVANI, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o APH pode ser definido como assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorre fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar seqüelas ou até mesmo a morte.

O SAPH tem a finalidade de atender o paciente em situações de urgência e emergência, antes de sua chegada ao hospital. O serviço de atendimento móvel é aquele que procura chegar precocemente ao paciente que sofreu um agravo em sua saúde (MANTOVANI, 2005).

Para Mantovani (2005), é necessário distinguir o conceito de atendimento pré-hospitalar do conceito de resgate, pois estes conceitos são confundidos, já que podem ser praticados ao mesmo tempo.

Mantovani (2005, p.59), define o atendimento pré-hospitalar e resgate como:

Entende-se por resgate o grupo de providências técnicas que primam pela retirada de vítimas de locais de onde não conseguem sair por si só e sem risco, enquanto o atendimento pré-hospitalar pode ser caracterizado como um conjunto de procedimento técnicos realizados no local da emergência e durante o transporte da vítima, tendo como principal objetivo mantê-la com vida e em situação mais próxima possível da normalidade até sua chegada a uma unidade hospitalar.

Para Nitschke et al (2005, p.38), o atendimento pré-hospitalar de urgência/ emergência

é aquele realizado por profissionais da área da saúde com determinados equipamentos e capacitados, assim como autorizados a realizarem determinados procedimentos, que procuram levar a vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à saúde, sendo necessário prestar-lhe atendimento e transporte adequados até um serviço de saúde que possa dar a continuidade ao atendimento devido.

Nitschke et al (2005, p.38), define ação de resgate como:

Libertar as pessoas de algo que as prende como acidentes automobilísticos, ou situações ameaçadoras e na prevenção de situações que podem piorar sua segurança individual, assim como os demais que se encontram a sua volta, exercida de forma constitucional pelos Bombeiros e profissionais de segurança pública.

O SAPH deve possuir, obrigatoriamente, uma central de regulação médica, para que o público em geral possa entrar em contato com o sistema e para que os pedidos de socorro sejam recebidos, avaliados e hierarquizados. Para tal, o Serviço conta com médicos reguladores, que devem ter a capacidade de julgar e discernir a gravidade de determinada urgência, atendendo o paciente da melhor forma possível. O atendimento é realizado por médicos intervencionistas, enfermeiros e técnicos de Enfermagem. Nos casos de urgência/emergência nos locais de difícil acesso, ou que ofereçam risco à equipe de saúde, deverá ocorrer uma ação conjunta entre a equipe de saúde, policiais militares ou rodoviários e bombeiros militares (MANTOVANI, 2005).

O APH pode ser classificado em duas modalidades de atendimento: o Suporte Básico à vida (SBV) e Suporte Avançado à vida (SAV). O SBV pode ser caracterizado como uma estrutura de apoio oferecida a pacientes que necessitam de um tratamento médico imediato, no entanto, não apresentam potencial necessidade de intervenção no local ou durante o transporte. Já o SAV, utilizada para tratamento de pacientes de alto risco, possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto pré-hospitalar como inter- hospitalar (MALVESTIO, SOUZA, 2002).

2.2.1 Modelos de APH

Em sua trajetória no Brasil, o APH foi influenciado por dois modelos: modelo francês e o modelo norte-americano, sendo este adaptado pelo Corpo de Bombeiro. O sistema francês foi denominado de “Serviço de Atendimento Médico de Urgência” (SAMU) e o norte americano, Serviço de Emergência Médica” (ROCHA, 2000; NITSCHKE et al, 2005).

Para Nitschke et al (2005), o modelo francês nasceu da necessidade sentida pelos médicos anestesistas, que começaram a sair nas ambulâncias e perceberam que, tanto nos casos clínicos como no trauma, se medidas fossem tomadas no local, as chances de sobrevivência e redução de seqüelas aumentariam consideravelmente. Este modelo é centrado no médico, tanto na regulação do sistema como no atendimento e monitoramento do paciente, até a recepção hospitalar. Trata-se de um serviço ligado ao Sistema de Saúde, hierarquizado, regionalizado e ligado aos centros hospitalares.

O modelo americano foi desenvolvido durante a guerra do Vietnã, período em que os EUA necessitavam de profissionais da área da saúde com experiências em combate. Por esse motivo, os soldados foram treinados durante os atendimentos e receberam determinadas

funções até então exclusivamente médicas. O Serviço de APH norte americano, trabalha com paramédicos, sendo que sua formação é realizada através de um programa extenso com duração de três anos, tendo como pré-requisito o ensino médio completo (NITSHKE et al, 2005).

Atualmente no Brasil e especificamente em Santa Catarina, com a implantação do SAMU, cujo serviço iremos tratar, podemos verificar uma forte tendência do modelo francês, conforme previsto pela portaria nº 1864/ GM, em vigor em 2003.

2.2.2 Sistemas de APH

Segundo Mantovani (2005), há três tipos de SAPH, definidos como:

1) Pronto Atendimento Móvel: Serviço ou sistema de atendimento móvel, cujos veículos não contam com a presença de médico, mas de socorristas, coordenados, supervisionados e orientados pelo médico regulador, através da central de regulação. As ambulâncias deverão ser do tipo B, com um motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem: ambulância de suporte básico, destinada ao transporte inter-hospitalar e pré-hospitalar de pacientes que não necessitam de intervenções médicas no local ou durante o transporte; ou do tipo C, com profissionais como bombeiros, militares, socorristas, entre outros: ambulância de resgate e salvamento, para atender acidentes em que o acesso ao paciente esteja prejudicado.

2) Emergência Médica Móvel: Apresenta obrigatoriamente médicos, socorristas e enfermeiros, orientados por um médico regulador, através da central de regulação. As ambulâncias devem ser do tipo D, com um motorista, um médico e um enfermeiro: ambulância de suporte avançado, dotada de equipamentos médicos, destinada ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco ou que necessitam de cuidados médicos intensivos; ou do tipo E com um piloto, um médico e um enfermeiro: aeronave de transporte médico, de asa fixa ou rotativa, utilizada para transporte inter – hospitalar e resgate de paciente, dotada de equipamentos médicos e homologada pelo Departamento de Aviação Civil – DAC.

3) Pronto Atendimento/ Emergência Médica Móvel Misto: Consiste em veículos de tripulação formada apenas por socorristas e em outros veículos cuja a presença de médico e enfermeiro é obrigatória. Neste tipo de sistema, os pacientes começam a ser atendidos por socorristas em ambulâncias do tipo B ou C. Quando o caso é crítico e é obrigatória a presença de médico no local da ocorrência, é acionada a ambulância do tipo D ou E.

A Portaria do Ministério da Saúde nº GM/ 2048. Cap. IV, de 05 de Novembro de 2002, ainda define, além das citadas acima, dois outros tipos de ambulância. Ambulâncias do tipo A, com um motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal, para remoção simples e de caráter eletivo de pacientes que não apresentam risco de vida; e ambulâncias do tipo F, com um condutor e um técnico de enfermagem – SBV/ um médico e um enfermeiro – SAV: veículo autorizado aquaviário, destinado ao transporte marítimo ou fluvial, que deve possuir equipamentos médicos necessários ao atendimento de gravidade variável.

Com o tipo adequado de unidade móvel, a sobrevida dos pacientes em situações de emergência dependerá do transporte rápido para um centro que ofereça tratamento definitivo e imediato. Após o atendimento inicial, o paciente deve ser transportado pelo meio mais rápido e seguro, que deve estar preparado para possíveis intervenções durante o transporte (PHTLS, 2004).

Na maioria dos sistemas regionais de transporte, há duas opções já organizadas, o transporte terrestre e o aéreo (avião de pequeno porte), que permitem transportar e monitorar o paciente (MANTOVANI, 2005).

O Ministério da Saúde, na Portaria nº GM/2048. Capítulo .IV, de 05 de Novembro de 2002, define ambulância como “um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destina exclusivamente ao transporte de enfermos”.

Para a maioria dos pacientes, o transporte terrestre é a melhor opção, oferecendo um atendimento mais integral e eficiente e uma resposta rápida na maior parte das ocorrências, pois permite transportar grande quantidade de equipamentos para monitorar adequadamente o paciente. A desvantagem deste tipo de transporte é o risco de colisões com outros veículos, devido às dificuldades do trânsito e a velocidade necessária ao transporte (PHTLS, 2004).

O transporte aéreo dos pacientes através de helicópteros começou com as guerras da Coreia e do Vietnã, no socorro aos soldados feridos. Estas aeronaves, podem oferecer transporte rápido para maiores distâncias e para locais de difícil acesso. Além disso, os helicópteros podem facilitar a chegada do suporte avançado de vida a locais que não dispõem deste serviço. Entretanto, estes veículos são mais caros do que os veículos de transporte terrestre e têm acesso limitado ao local, devido às condições climáticas (PHTLS, 2004).

Para que o paciente possa ser atendido de forma integral e com o menor risco de agravos possível, é necessário que o SAPH esteja extremamente interligado ao serviço de atendimento

intra-hospitalar, utilizando o transporte inter-hospitalar como meio mais seguro para oferecer uma assistência adequada.

Para Mantovani (2005, p.113), o transporte inter-hospitalar corresponde a transferência de pacientes entre hospitais, com objetivo de oferecer melhores condições para o tratamento definitivo. Desta forma, devem ser tomados todos os cuidados necessários durante o transporte para garantir a segurança da equipe de saúde e do paciente, considerando o perigo existente devido à urgência do transporte e à velocidade com que muitas vezes ele é feito.

A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.5299/98 e a Portaria nº GM/2048, de 05 de Novembro de 2002, regulamentam vários aspectos do transporte inter-hospitalar, como:

- Não podem ser removidos pacientes em risco de vida iminente, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico.
- Pacientes graves ou de risco só podem ser removidos acompanhados de equipe completa, incluindo médico e enfermeiro nas ambulâncias de Suporte Avançado.
- Antes de decidir a remoção é necessário realizar contato com o hospital de destino.
- Todo paciente deve ser acompanhado de relatório completo, que passará a integrar o prontuário no local de destino.
- Para o transporte, é necessário a obtenção de consentimento, por escrito, e assinado pelo paciente ou responsável. Isto pode ser dispensado quando houver risco de vida para o paciente. Neste caso o médico solicitante autoriza o transporte.

No Estado de Santa Catarina, o transporte inter-hospitalar de pacientes graves fica sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde e é realizado pelas USAs do SAMU. Estas unidades são acionadas para dar suporte na assistência a pacientes graves, internados em unidades hospitalares que não dispõem de atendimento adequado, necessitando portanto de transferência para a unidade de referência mais próxima Nitschke, et al (2005).

2.2.3 Avaliação do Paciente no APH

Prevenir é melhor que curar. Identificar precocemente pacientes sob risco de doenças potencialmente fatais, facilita o controle destas, previne a deterioração subsequente e proporciona tempo para investigações e tratamento definitivo. Quanto maior o intervalo entre o início da avaliação de uma doença aguda e a intervenção apropriada, maior será a chance do paciente deteriorar-se, muitas vezes progredindo para uma parada cardíaco-pulmonar (FCCS, 2004).

A avaliação é o primeiro passo que deve ser realizado pelo profissional da saúde ao chegar no local da emergência, com a finalidade de obter informações sobre os problemas decorrentes dos traumas e das emergências médicas, através da entrevista, da aferição dos sinais vitais e de um exame físico da vítima. Desta forma, o profissional identifica e corrige imediatamente os problemas que ameaçam a vida do indivíduo a curto prazo.

Podemos dizer que a avaliação geral do paciente no ambiente pré-hospitalar, visando o SAV, compreende duas etapas: avaliação primária e avaliação secundária do paciente. A avaliação primária inclui o dimensionamento da cena, avaliação inicial, ABCDE, avaliação dirigida e verificação dos sinais vitais; enquanto a avaliação secundária é o exame detalhado do paciente, buscando identificar qualquer tipo de fratura ou lesão (PHTLS, 2004).

2.2.3.1 Avaliação Primária

Todo atendimento deve iniciar com a avaliação do cenário. Antes de iniciar o contato direto com o paciente, o profissional deverá verificar os riscos existentes e as condições de segurança para si e para os demais.

A aparência do local do incidente cria uma impressão que influencia toda a avaliação do profissional, sendo fundamental realizá-la corretamente. Há uma profusão de informações a ser colhida simplesmente olhando, ouvindo e catalogando o máximo de informações possíveis do ambiente (PHTLS, 2004).

São fontes rápidas de informação acerca da ocorrência:

- A cena por si só;
- O paciente (quando consciente e em condições de responder);
- Familiares, testemunhas ou curiosos;
- A posição da pessoa, qualquer deformidade maior ou lesão óbvia;
- Qualquer sintoma ou sinal indicativo de emergência;
- A cinemática do trauma (quantidade de energia cinética transmitida, mecanismo e gravidade da lesão).

Segundo Mantovani (2005), o profissional de saúde em atendimento pré-hospitalar deve ser capaz de organizar a cena do acidente através do isolamento do local, avaliando os perigos a que a equipe de socorro está exposta, determinando equipamentos a serem utilizados, bem

como detectando os mecanismos envolvidos nas lesões. Por intermédio das informações fornecidas durante a solicitação do socorro, a equipe deve prever o que encontrará e se prover do equipamento necessário.

A cena onde ocorreu o acidente é o local que mais sujeita o profissional da saúde à exposição de fluidos corporais. Sendo assim, é extremamente importante o uso dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) pelos profissionais da saúde em APH, pois são precauções-padrão desenvolvidas para impedir o contato direto entre o profissional e estas substâncias, como sangue, saliva e vômitos. Os EPIs compreendem luvas, aventais, máscaras e óculos (NITSHKE et al, 2005).

Após o dimensionamento da cena, a equipe de SAV deve iniciar a avaliação inicial, que consiste na identificação e tratamento imediato das condições ameaçadoras da vida, estabelecendo-se prioridades de acordo com as lesões, com os sinais vitais do paciente e o mecanismo de lesão (MANTOVANI, 2005).

Para começar o exame primário, é necessário uma visão simultânea ou global do estado respiratório, circulatório e neurológico do paciente, com o objetivo de identificar qualquer problema aparente relacionado à oxigenação, circulação, hemorragia ou deformidades. A resposta verbal do paciente indica ao profissional da saúde o estado geral das vias aéreas e pode determinar o nível de consciência e a atividade mental. Durante 15 a 30 segundos, é possível ter uma impressão geral da condição global do paciente, que fornece todas as informações necessárias que o profissional precisa para determinar se são necessários recursos adicionais (PHTLS, 2004).

O profissional deverá posicionar-se ao lado do paciente e realizar rapidamente a avaliação que se desenvolve em cinco etapas, denominadas de ABCDE, de avaliação da via aérea, ventilação, circulação, estado neurológico, e exposição (remoção das roupas para descobrir lesões adicionais importantes). Se não houver qualquer problema que deva ser solucionado imediatamente, essa avaliação não deverá exceder 45 segundos, sendo executada na seguinte sequência: abertura das vias aéreas e controle da coluna cervical; presença de respiração; presença de grandes hemorragias externas; avaliação neurológica; e exposição/controle do ambiente.

➔ **Etapas A:** Manutenção das vias aéreas e imobilização da coluna cervical

As vias aéreas devem ser rapidamente verificadas para assegurar que estão abertas e limpas e que não existe perigo de obstrução. Na procura de sinais de obstrução, é fundamental

a imediata visualização da orofaringe, remoção de corpos estranhos e manobras para desobstruir a laringe. Todo paciente que não conseguir tossir ou falar deve ser considerado portador de obstrução nas vias aéreas por corpo estranho (OVACE), que pode ocorrer pela própria língua do paciente ou ainda por um corpo estranho na boca, na faringe ou na traquéia, sendo necessário as seguintes manobras (PHTLS, 2004):

➔ **Manobra de compressão abdominal:** o profissional deve posicionar-se por trás da vítima e comprimir, com ambas as mãos, sua região abdominal, no ponto médio entre o umbigo e o apêndice xifóide, executando o número de compressões necessários para expulsar o corpo estranho (PHTLS, 2004).

➔ **Mensuração e colocação da cânula:** todo paciente inconsciente que não respira deve receber a cânula apropriada, visto que a principal causa de obstrução das vias aéreas superiores é a língua. Se, após colocação da cânula, ao realizar uma ventilação lenta o ar não passa, é necessário iniciar a manobra de compressão abdominal, já que a causa da obstrução não está sendo a língua. O profissional deve realizar 5 compressões abdominais, seguidas de 2 ventilações e a pesquisa do corpo estranho na via aérea, realizando o ciclo até ocorrer a completa desobstrução das vias aéreas (PHTLS, 2004).

Se mesmo com a retirada do corpo estranho, a pessoa não respira, considera-se parada respiratória, sendo necessário iniciar as técnicas de ventilação artificial. A tabela 1-1 demonstra sistematicamente os principais sinais a serem observados pela equipe de APH.

Quadro 1: Indicadores para avaliação da etapa A - vias aéreas.

Identificar as causas da ventilação inadequada	Sangue, vômitos, corpo estranho, depressão do SNC, trauma direto, infecção, inflamação e laringoespasma
Observar	Cianose, frequência respiratória e padrão respiratório alterados, uso de músculos acessórios, repuxamento traqueal, nível de consciência alterado
Ouvir	Ventilação ruidosa (ronco, estridor, chiado, gargarejo); obstrução completa resulta em silêncio
Sentir	Fluxo aéreo diminuído ou ausente

Fonte: FCCS, 2004

Para cada paciente traumatizado o profissional deve suspeitar de lesão na medula espinhal, até que esta hipótese seja completamente excluída (PHTLS, 2004). A imobilização da coluna cervical geralmente é obtida com o emprego do colar cervical, dispositivo que, aplicado adequadamente, limita parcialmente a movimentação do segmento cervical em todos os sentidos, mas não elimina completamente a possibilidade de movimentação. Desta forma, para assegurar melhor proteção e estabilidade à coluna cervical, utilizam-se coxins imobilizadores laterais. A retirada do colar cervical deve ser realizada somente no ambiente intra-hospitalar, quando as lesões ameaçadoras da vida já estiverem tratadas. Para removê-lo, o profissional da saúde deve considerar os seguintes fatores (MANTOVANI, 2005):

1. Cinemática do trauma;
2. Identificação de lesões visíveis acima das clavículas;
3. Presença de alteração sensitiva (dor e hiperestesia) à palpação da coluna cervical;
4. Detecção de anormalidade osteomuscular (crepitação, deformidade, edema) à palpação da coluna cervical;
5. Dor/ dificuldade/ incapacidade de executar movimentos ativos da coluna cervical;
6. Dor/ dificuldade/ incapacidade de executar movimentos passivos da coluna cervical.

Conforme Nitschke et al (2005), quando permeabilizar a via aérea, o profissional deve evitar lesar a coluna cervical. O movimento excessivo pode tanto causar como agravar lesões neurológicas, através da compressão óssea em uma coluna fraturada.

→ **Etapas B:** Presença de respiração

Mantendo as mãos posicionadas para a abertura das vias aéreas (dedos indicador e médio de uma das mãos elevando o mento e a outra mão espalmada sobre a testa, inclinando a cabeça), o profissional deve avaliar se a vítima está respirando. Quando há suspeita de trauma, outro profissional deve continuar a avaliação primária, enquanto o primeiro mantém a estabilização da coluna e a abertura das vias aéreas através da manobra de tração mandibular (HIGA, ATALLAH, 2005).

A presença da respiração é avaliada através da técnica VER-OUVIR-SENTIR (tabela 1-2). Conforme MANTOVANI (2005), para isso, é necessário que o tórax do paciente esteja completamente exposto. Devem ser avaliados expansão, simetria e presença de movimento paradoxal, além de pesquisar crepitações, enfisema subcutâneo, e realizar a ausculta pulmonar, que poderá revelar timpanismo (pneumotórax) e macicez (hemotórax).

Quadro 2: Indicadores para avaliação da etapa B - ventilação

Identificar as causas da ventilação inadequada	Atividade respiratória deprimida (ex: depressão do SNC); esforço respiratório diminuído (ex: fraqueza muscular, anormalidades da parede torácica, dor); distúrbios pulmonares (pneumo/hemotórax, edema pulmonar).
Observar	Cianose, frequência respiratória e padrão respiratório alterados, regularidade e profundidade da ventilação, sudorese, pressão venosa jugular elevada, uso de músculos acessórios, repuxamento traqueal, nível de consciência alterado, saturação de oxigênio.
Ouvir	Dispnéia, inabilidade para falar, ventilação ruidosa, percussão, auscultação.
Sentir	Simetria e expansão dos movimentos torácicos, posição da traquéia, crepitações, distensão abdominal.

Fonte: FCCS, 2004

Se a respiração está presente e, com certeza, o paciente não apresenta trauma cervical, o profissional deve posicioná-lo sobre o lado esquerdo (posição de recuperação), facilitando o retorno venoso, permitindo a drenagem de fluidos pela boca e prevenindo a queda da língua. HIGA e ATALLAH (2005). Esta abordagem deve ser rápida e, se o paciente não respira, o profissional deve mensurar e colocar a cânula orofaríngea, iniciando imediatamente a respiração artificial.

Na avaliação do estado ventilatório do paciente, o profissional do APH deve abordar tanto a profundidade quanto a frequência ventilatória, que combinam-se para produzir o volume corrente do paciente. A frequência ventilatória pode ser dividida em cinco níveis (PHTLS, 2004):

1. Apnéia: o paciente não está respirando;
2. Lenta: frequência ventilatória igual ou inferior a 12 ventilações por minuto (bradipnéia), que pode indicar isquemia e suprimento deficiente de oxigênio no cérebro. A ventilação assistida ou ventilação total com máscara deve incluir oxigênio suplementar com uma concentração mínima de 85%;

3. Normal: frequência respiratória entre 12 e 20 ventilações por minuto (eupnéia). Embora o paciente apresente estabilidade, oxigênio suplementar deve ser considerado;
4. Rápida: frequência ventilatória entre 20 e 30 incursões por minuto (taquipnéia). A condição determinante da frequência ventilatória aumentada é acúmulo progressivo de Dióxido de Carbono CO_2 no sangue ou diminuição do nível de oxigênio sanguíneo (O_2), indicando que não há aporte suficiente de O_2 no tecido. A administração de O_2 suplementar com concentração de 85% ($\text{FiO}_2 \geq 0,85$) é indicada, no mínimo, até que seu estado geral seja determinado;
5. Muito rápida: frequência ventilatória acima de 30 ventilações por minuto (taquipnéia grave), que indica hipóxia, metabolismo anaeróbico ou ambos, com resultante acidose. A busca de causa da frequência ventilatória elevada e a ventilação assistida devem iniciar de imediato.

Quando o paciente necessita de suporte ventilatório, o oxigênio suplementar deve ser oferecido com um dispositivo que forneça grandes quantidades de oxigênio com uma alta velocidade de fluxo (tabela 2), como máscara facial ou unidade de ressuscitação “bolsa-máscara-válvula” (“ambú”). Este procedimento está indicado em quatro situações:

1. O paciente está eupnéico;
2. O exame físico determina que o volume corrente espontâneo é inadequado;
3. É necessário reduzir o trabalho respiratório, dando assistência ao paciente durante a inspiração espontânea;
4. A hipoxemia está associada com ventilação espontânea deficiente.

No Suporte Avançado de Vida, em pacientes que tiveram suas vias aéreas comprometidas por fatores mecânicos, por problemas ventilatórios, ou que estão inconscientes, obtém-se controle definitivo das vias aéreas, sendo que as técnicas não-cirúrgicas mais utilizadas são a intubação orotraqueal (TOT) e a intubação nasotraqueal. (MANTOVANI, 2005).

→ Intubação Orotraqueal: indica-se esta técnica quando o paciente está apnéico, há impossibilidade de manter via aérea pérvia por outros métodos, lesões por inalação, fraturas, hematoma retrofaríngeo, convulsões persistentes, glasgow menor que oito, ineficiência da máscara de oxigênio e/ou para proteção das vias aéreas inferiores contra aspiração de sangue ou vômitos. Os medicamentos que podem ser utilizados para auxiliar este procedimento são a succinilcolina e um benzodiazepínico, como o midazolam. A intubação orotraqueal está

contra-indicada em pacientes com fraturas cranianas classificadas como disjunção dentoalveolar, impossibilidade de extensão da cabeça, boca pequena ou impossibilidade de abertura da boca, alterações da arcada dentária, trauma ou presença de tumores em faringe, palato fendido e desvios laterais da traquéia. Esta é a via de intubação endotraqueal preferencialmente usada em crianças, pois sua anatomia facilita a colocação do TOT. Contudo, algumas complicações podem ser constatadas com o uso desta técnica, como indução de vômito e posterior aspiração e lesão das vias aéreas, fratura ou arrancamento de dentes, entre outras.

→ Intubação Nasotraqueal: é a via preferida para pacientes acordados e colaboradores, em situações em que a cavidade oral é de difícil acesso, há traumatismo facial, em pacientes dispnéicos com intolerância de posição supina e doença restrita da coluna vertebral. Além disso, é indicada quando a desobstrução da via aérea com a retirada do corpo estranho não é suficiente para a ventilação adequada. Esta técnica deve ser evitada em crianças menores de doze anos e é contra-indicada em pacientes com apnéia, discrasias sanguíneas pela possibilidade de epistaxe, alterações anatômicas de septo nasal, pólipos, cistos, fraturas de maxila, sinusite alérgica, hipertrofia das adenóides e em pacientes com possível trauma na região da base do cérebro. Dentre as complicações, podemos citar hipoxemia ou hipercapnia e instabilidade cardiovascular durante o procedimento.

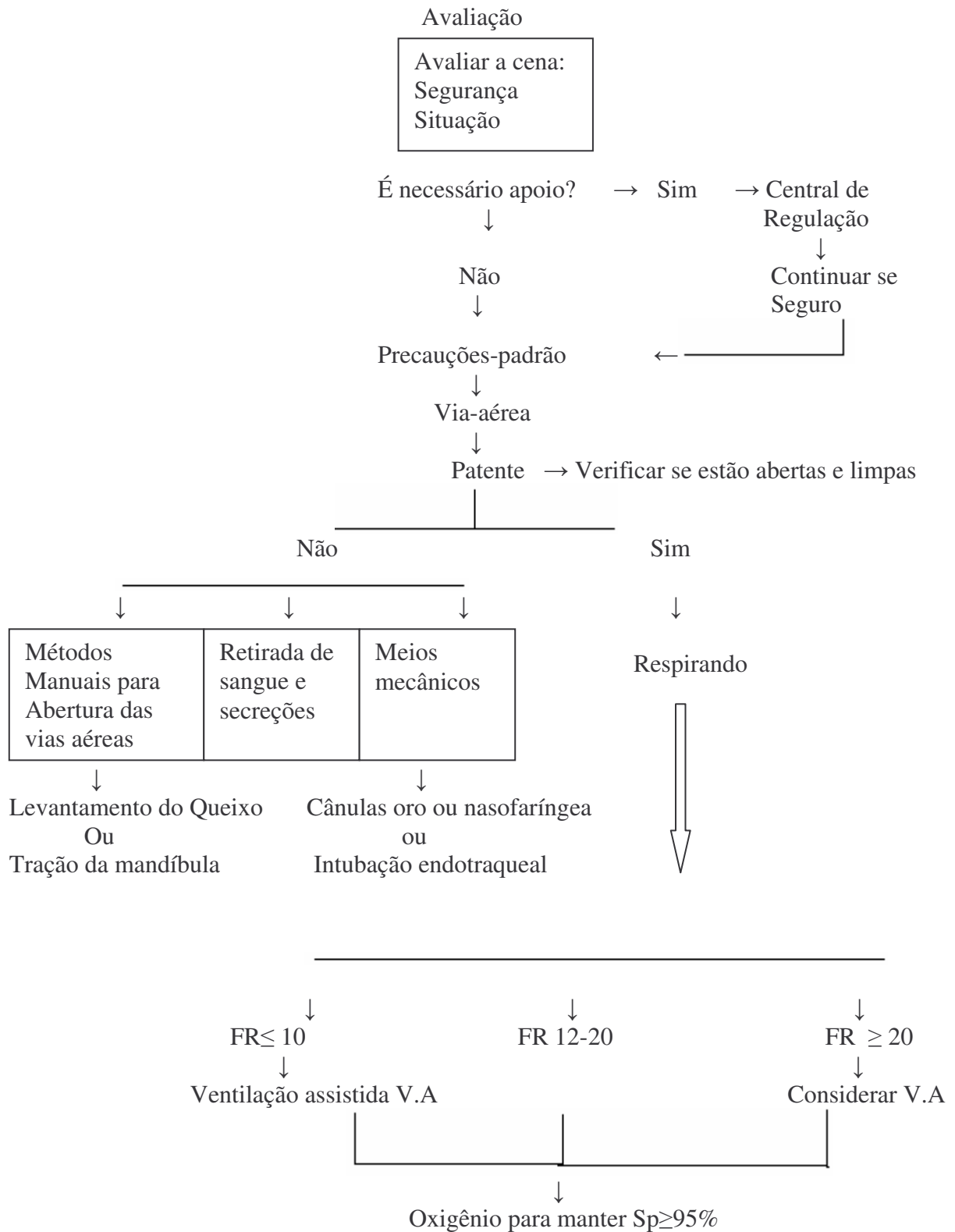
Quadro 3: Atendimento das vias aéreas com base na frequência de ventilação espontânea

Frequência Ventilatória (ventilações/ min.)	Atendimento
Lenta (< 12)	Ventilação assistida ou total $O_2 \geq 0,85$ ($FiO_2 \geq 0,85$)
Normal (12 – 20)	Observação; considerar O_2 suplementar
Rápida (20 – 30)	Administração de $O_2 \geq 0,85$ ($FiO_2 \geq 0,85$)
Muito rápida (>30)	Ventilação assistida ($FiO_2 \geq 0,85$)

Fonte: PHTLS, 2004.

Fluxograma do exame primário, adaptado a partir do PHTLS (2004)

Etapa: A (Vias aéreas) e B (Respiração ou Ventilação):



→ **Etapa C:** Presença de grandes hemorragias externas

A avaliação da circulação sanguínea do paciente que está em situação de emergência/urgência deve ser realizada de forma criteriosa (tabela 1-3) e corrigida o quanto antes, com o objetivo de prevenir novos agravos.

Primeiramente é necessário avaliar a presença de batimentos cardíacos pela palpação do pulso carotídeo. Se o pulso está presente, o profissional deve prosseguir com 1 ventilação a cada 5 segundos até completar 1 minuto (12 ventilações) e checar o pulso novamente. Havendo pulso, continuar ventilando da mesma forma, verificando o pulso a cada 2 ou 3 minutos, e verificar a presença de hemorragias graves (HIGA, ATALLAH, 2005).

Deslizando rapidamente as mãos sobre o corpo do paciente sem, no entanto, movimentá-lo, o profissional deve investigar sangramentos externos graves, principalmente nas partes do corpo que estejam em contato com a superfície ou que não sejam visíveis. Se encontrar sangramento externo grave, é necessário o controle imediato, com pressão sobre a ferida.

Segundo Mantovani, 2005, algumas prioridades devem ser consideradas:

→ A hemorragia externa pode ser controlada com compressão manual direta no local do ferimento. Torniquete não deve ser utilizado, pois pode levar à isquemia tecidual, e pinças hemostáticas devem ser evitadas, devido ao risco de lesão nos nervos e veias adjacentes;

→ O acesso venoso deve priorizar a reposição volêmica, que visa restabelecer a perfusão tecidual.

Quadro 4: Indicadores para avaliação da etapa C - circulação

Identificar as causas de inadequação circulatória	1. Primárias: envolvendo diretamente o coração, isquemia, defeitos de condução, distúrbios valvulares, miocardiopatia 2. Secundárias: distúrbio originário de outro local, drogas, hipóxia, distúrbios eletrolíticos, sepse
Observar	Perfusão periférica reduzida (palidez, extremidades frias), hemorragia (óbvia ou oculta), nível de consciência alterado, dispnéia, débito urinário diminuído
Ouvir	Sons cardíacos adicionais ou alterados, sopros carotídeos
Sentir	Pulsção cardíaca precordial, avaliação de frequência, qualidade, regularidade e simetria dos pulsos (central e periférico)

Fonte: FCCS, 2004

Em determinadas situações, a pessoa necessita de intervenção hospitalar o mais rápido possível e, em outras, o mais importante é estabilizá-la no local do socorro. Desta forma, o profissional de APH, ao término da avaliação inicial, deve classificar a pessoa de acordo com a gravidade das suas lesões ou doença, baseada na escala CIPE, sendo que os pacientes críticos e instáveis devem ser transportados imediatamente, continuando o atendimento durante o transporte:

Crítico→ Paciente em parada respiratória ou parada cardiopulmonar;

Instável→ Paciente inconsciente, com choque descompensado e/ ou dificuldade respiratória severa, lesão grave de cabeça ou tórax;

Potencialmente Instável→ Paciente com mecanismo agressor importante, em choque compensado, portador de lesão isolada importante ou lesão de extremidade com prejuízo circulatório ou neurológico;

Estável→ Paciente portador de lesões menores, sem problemas respiratórios e com sinais vitais normais.

Com o diagnóstico de alteração hemodinâmica, além do controle das hemorragias externas, é necessário assegurar acesso venoso através da punção de, no mínimo, duas veias periféricas com cateter de grosso calibre, com o objetivo de oferecer volume ao paciente e prevenir o choque.

Todo paciente traumatizado, que apresente o pulso acelerado e pele fria, deve ser tratado como paciente em choque hemorrágico. Os principais sintomas encontrados são taquicardia e uma diminuição do enchimento capilar periférico provocado pela vasoconstrição (MANTOVANI, 2005)

Conforme Higa e Atallah (2005), se o pulso carotídeo estiver ausente, deve-se considerar que o paciente encontra-se em parada cardíaca (PC), caracterizada pela cessação súbita da circulação sistêmica em pacientes com expectativa de restauração da função cárdio-pulmonar e cerebral. Antecedendo a PC ou imediatamente após sua ocorrência, interrompe-se a atividade respiratória, caracterizando uma parada cárdio-respiratória (PCR). Assim que este evento for reconhecido, a equipe de APH deve providenciar e instalar o DEA (desfibrilador externo automático) e, se a monitorização cardíaca estiver documentando fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular, procede-se imediatamente à desfibrilação primária. As pás são colocadas em região infra-clavicular direita, ao lado do esterno, e no ápice, à esquerda do mamilo, na linha axilar.

Nas situações em que o paciente estiver intubado e conectado a um ventilador mecânico, deve-se desconectar o paciente do aparelho e passá-lo para a ventilação manual com “bolsa-máscara-válvula” (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005).

Após o choque primário, quando possível, deve-se iniciar as compressões torácicas, aplicando força suficiente para comprimir o tórax em cerca de 3 a 5 cm., realizando ciclos de 30 compressões e 2 ventilações. Checar o pulso após o 1º minuto e, se estiver presente, continuar a assistência ventilatória, se necessário. Na ausência de pulso continuar a RCP e, após o quinto ciclo, verificar o pulso e aplicar novamente o choque, se o ritmo cardíaco for chocável (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005).

Segundo a Associação Americana do Coração, 2005, os procedimentos básicos para as situações de PCR são a desfibrilação precoce e a RCP. Não há estudos que comprovem a eficiência de determinados medicamentos nestas situações.

No APH, o término dos esforços de reanimação pelo profissional, utilizando o desfibrilador semi-automático, só é indicado em três ocasiões: quando houver retorno da respiração e do pulso, chegar o serviço de emergência solicitado ou o profissional estiver completamente esgotado.

➔ Etapa D: Avaliação neurológica

Segundo MANTOVANI (2005), no final do exame primário, realiza-se uma avaliação neurológica para estabelecer o nível de consciência do paciente, bem como o tamanho da pupila e sua reação, utilizando o método AVDN, onde:

A – Alerta

V – Resposta ao estímulo verbal

D – só responde à dor

N – Não responde a qualquer estímulo

A Escala de Coma de Glasgow - ECG (tabela 2) é um método mais simples e rápido para determinar a função cerebral, sendo dividida em três seções: (1) abertura ocular, (2) melhor resposta verbal, e (3) melhor resposta motora. O profissional pontua o paciente em um escore de acordo com a melhor resposta motora. A resposta verbal deve ser avaliada usando-se uma questão simples como “O que aconteceu?” e para o escore motor deve ser dado uma ordem clara e simples, como “mostre os dois dedos” (PHTLS, 2004).

Quadro 5: Escala de Coma de Glasgow

Abertura ocular		Melhor resposta verbal		Melhor resposta motora	
Resposta	Pontos	Resposta	Pontos	Resposta	Pontos
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece comando	6
Abertura à voz	3	Resposta confusa	4	Localiza dor	5
Abertura à dor	2	Inapropriada	3	Retirada à dor	4
Sem abertura	1	Inteligível	2	Decorticação*	3
		Não responde	1	Descerebração**	2
				Sem resposta	1
* Decorticação: flexão anormal ao estímulo doloroso.					
** Descerebração: extensão anormal ao estímulo doloroso.					

Fonte: PHTLS, 2004

Um escore total menor que 8 caracteriza lesão grave e indica a necessidade de intubação endotraqueal. Score de 9 a 12 indica lesão moderada e de 13 a 15 lesão mínima. O escore máximo na Escala de Coma de Glasgow é 15, indicando um paciente sem dano neurológico, enquanto o menor escore, de 3, é em geral um sinal de péssimo prognóstico (PHTLS, 2004).

➔ Etapa E: Exposição/Controle do Ambiente

Utilizando um cobertor para prevenção da hipotermia no paciente, deve-se despi-lo totalmente para facilitar o acesso adequado e o exame completo. O uso de fluidos

intravenosos aquecidos e a manutenção da temperatura ambiente também colaboram com o controle da temperatura do paciente (MANTOVANI, 2005).

A quantidade de roupa do paciente que deve ser retirada durante a avaliação deve variar dependendo das condições ou lesões encontradas. O profissional não deve ter medo de remover a roupa se for o único meio pelo qual a avaliação e o tratamento podem ser realizados de forma apropriada. Lesões potencialmente letais podem passar despercebidas se o paciente não for bem examinado (PHTLS, 2004).

➔ **Monitoração:** Verificação dos sinais vitais

Nesta etapa, os sinais vitais também oferecerão ao profissional de APH diversas informações sobre o estado do paciente. São estes: Respiração, Pulso, Temperatura e Pressão Arterial (PHTS, 2004).

Na respiração (tabela 3), além da frequência, deve-se avaliar a ausculta pulmonar (roncos, sibilos e estertores), uso de músculos acessórios (intercostais, diafragma e retração de fúrcula) e expansão do tórax (simétrica ou assimétrica) durante os movimentos. Para que o paciente não altere sua FR (frequência respiratória), o profissional deve informar que irá verificar o pulso e, enquanto toca o pulso radial, posicionar a outra mão sobre o Abdômen do paciente (PHTLS, 2004).

Quadro 6: Frequência Respiratória Normal por minuto (FRM)

Faixa Etária	FRM
Recém-nascido	94mpm
1 a 5 anos	26mpm
15 a 20 anos	20mpm
20 a 25 anos	18mpm
25 a 30 anos	16mpm
> 40 anos	18mpm

Fonte: PRADO, GELBCKE, 2002

O pulso (tabela 4) é palpável em qualquer área do corpo onde uma artéria passe sobre uma proeminência óssea ou se localize próxima à pele, devendo ser avaliado quanto à sua frequência (batimentos por minuto – bpm) e qualidade (força e ritmo). No APH, utiliza-se preferencialmente os pulsos carotídeo e femoral no adulto e pulso braquial na criança (PHTLS, 2004).

Quadro 7: Valores normais da frequência cardíaca (FC)

Faixa Etária	FC (bpm)
0 a 2 anos	120 a 140pm
2 a 10 anos	90 a 120pm
10 a 20 anos	70 a 90bpm
20 a 60 anos	60 a 90bpm
> 60 anos	< 70bpm

Fonte: PRADO, GELBCKE, 2002

A temperatura da pele é a diferença entre o calor produzido e o calor perdido pelo corpo humano, ficando geralmente entre 36,5 e 37°C. No APH, além da temperatura, o profissional da saúde deve observa a coloração da pele, caracterizando-a como normal, pálida, cianótica ou vermelha (PHTLS, 2004).

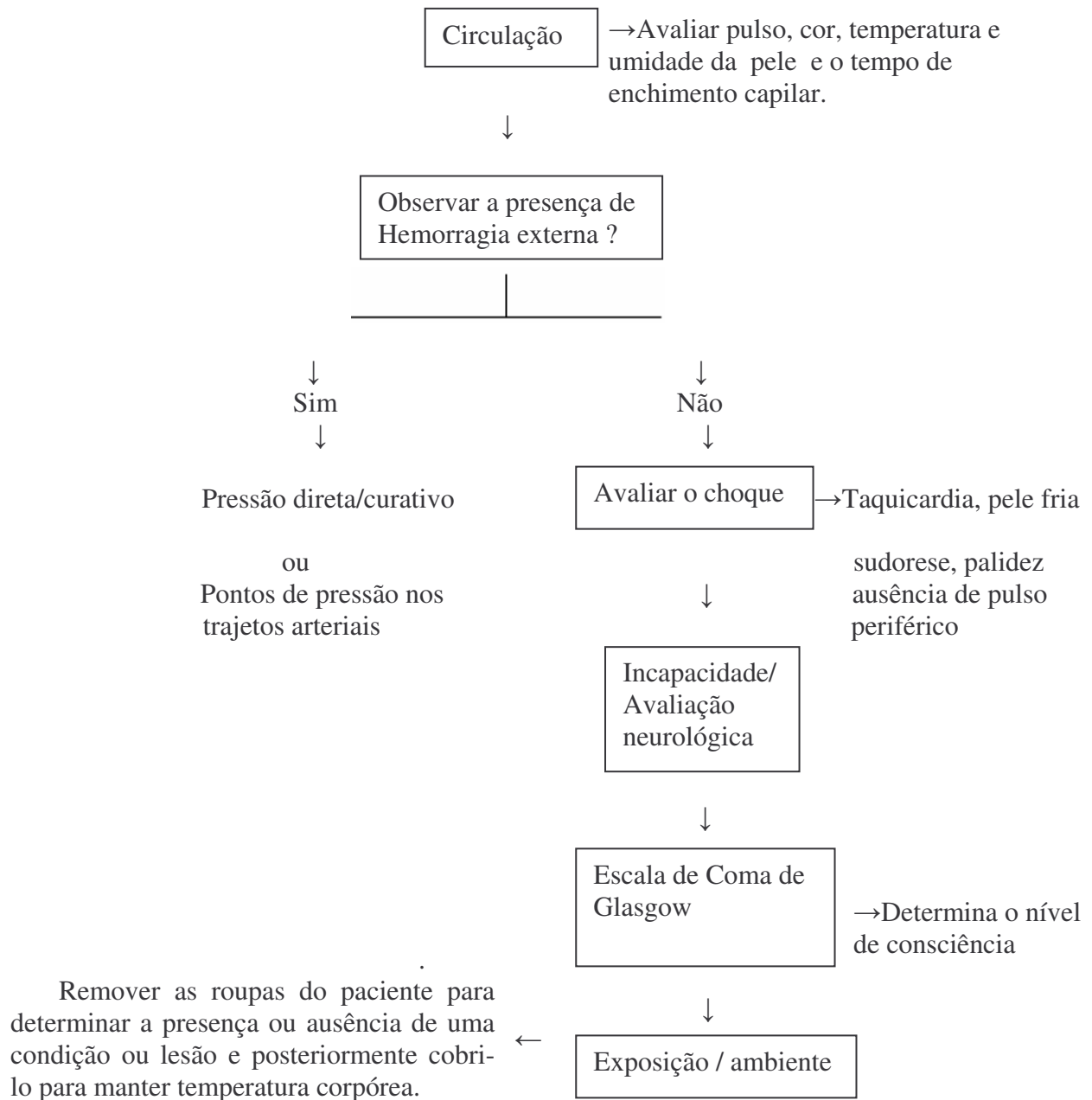
A Pressão Arterial (PA) é determinada pela eficiência de bombeamento do coração e o grau de resistência ao fluxo sanguíneo (tabela 5), e indica a pressão exercida pelo sangue circulante contra as paredes internas das artérias. A perfusão dos tecidos depende da PA, pois é este mecanismo que movimenta o sangue através dos capilares e faz voltar o sangue ao coração (PRADO, GELBCKE, 2002).

Quadro 8: Valores normais da pressão arterial (PA)

Idade	PA sistólica (mm/Hg)	PA diastólica (mm/Hg)
1ª infância	75 a 90	50
2ª infância	90 a 110	50 (até 5 anos)
Adolescência	100 a 120	50 a 80
Adulto	125 a 130	65 a 80
Idoso	140 a 150	65 a 80

Fonte: PRADO, GELBCKE, 2002.

Fluxograma adaptado do PHTLS (2004): Etapas C (circulação e hemorragias), D (Incapacidade/ Avaliação neurológica) e E (exposição/ ambiente).



2.2.3.2 Avaliação Secundária

Coletar a história dos mecanismos do trauma ou da patologia encontrada tem grande valor no esclarecimento do estado do paciente e na determinação do seu prognóstico

O profissional pode buscar obter informações do próprio paciente, de familiares ou de testemunhas. Se o paciente estiver inconsciente, é necessário coletar o maior número de informações no local, questionando se alguém viu a ocorrência, se alguém conhece o paciente, se alguém sabe se ele toma algum medicamento, entre outras. Se o paciente estiver consciente e em condições de responder, ele deve ser questionado utilizando o processo mnemônico, denominado SAMPLE. O registro dos sinais vitais poderá ser realizado em partes, durante o atendimento (PHTLS, 2004):

S – Sinais e sintomas (O que você está sentindo?)

A – Alergias (Você é alérgico a algum tipo de substância ou alimento?)

M – Medicações (Você toma algum tipo de remédio? Qual?)

P – Passado médico (Você está realizando algum tratamento médico? Qual?)

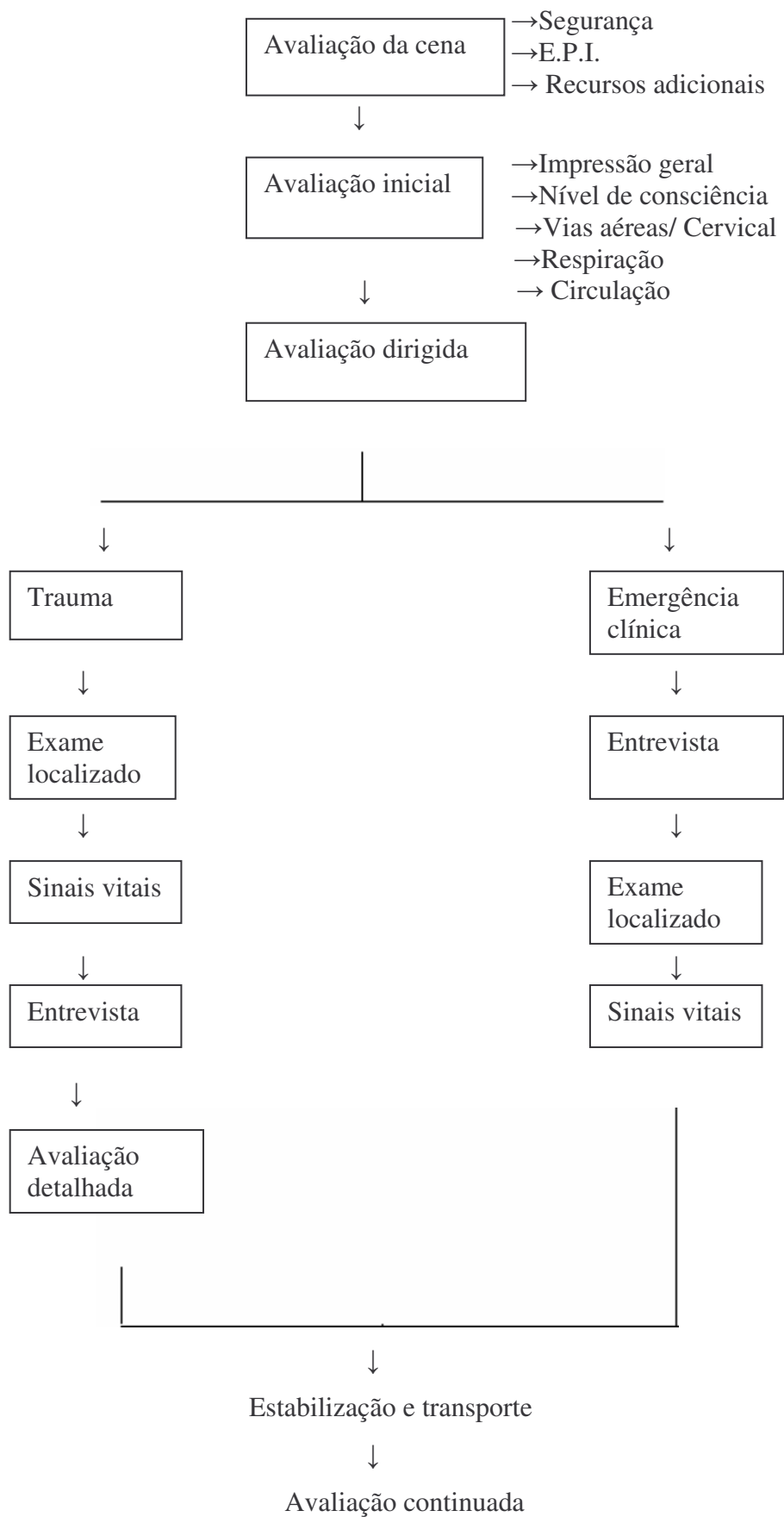
L - Líquidos ou alimentos (Você ingeriu alguma coisa recentemente?)

E – Eventos relacionados com o trauma ou doença (O que aconteceu?)

Em seguida, o profissional de APH deve realizar uma avaliação detalhada através da apalpação e inspeção visual, de forma ordenada e sistemática, na ordem céfalo-caudal. O exame pode provocar dor e desconforto ao paciente, mas é fundamental que seja realizado minuciosamente. O bom preparo da equipe proporcionará sua execução em um menor tempo. Ao realizar o exame, o profissional deverá inspecionar e apalpar a cabeça (incluindo o couro cabeludo), a face, as orelhas, os olhos, o pescoço, a região escapular, o tórax (auscultando sons da respiração), o abdômen, a região pélvica, as extremidades superiores e inferiores e as costas e nádegas. Avaliado minuciosamente, o paciente pode ser estabilizado e transportado com segurança (PHTLS, 2004).

È importante salientar que todas as etapas da avaliação do paciente, em APH, ocorrem de forma seqüencial, podendo variar conforme as prioridades observadas em cada atendimento.

Fluxograma adaptado do PHTLS (2004): Avaliação geral da pessoa atendida



2.2.4. Imobilização do paciente no APH

A imobilização do paciente em prancha longa rígida, muitas vezes se faz necessário em APH, principalmente em casos de traumas. A imobilização precoce e adequada no paciente traumatizado é de fundamental importância, pois evita o agravamento das lesões, alivia a dor e pode restabelecer a perfusão em algumas fraturas de extremidades (MANTOVANI, 2005).

A imobilização deve ser realizada precocemente no ambiente pré-hospitalar ou em casos excepcionais no ambiente intra-hospitalar. A imobilização consiste em alinhar a cabeça, tronco, pelve e extremidades numa posição neutra, sobre uma prancha rígida em posição supina. O dispositivo usado pela equipe de APH, para imobilizar o paciente não deve permitir nenhuma movimentação (PHTLS, 2004).

A posição supina é a posição mais estável para assegurar sustentação continuada durante a manipulação, a condução e o transporte do doente. Também oferece a equipe de APH, um melhor acesso no paciente a exames e para possível reanimação (PHTLS, 2004).

Segundo o PHTLS (2004), as indicações para imobilização da coluna são:

- Alterações no nível de consciência no paciente, com escore na Escala de Coma de Glasgow abaixo de 15;
- Reações de estresse agudo (REA), como exemplo temos a reação de fugir.
- Lesão cranioencefálica que pode envolver perda temporária da consciência;
- Estado mental anormal incluindo doentes psiquiátricos, portadores de Alzheimer;
- Dor ou sensibilidade na coluna, incluindo deformidades na coluna, perda da sensibilidade;
- Déficit ou sintomas neurológicos como paralisia, dormência, formigamento e fraqueza. Em homens, uma ereção contínua do pênis, pode ser uma indicação adicional de lesão da medula.
- Paciente alcoolizado ou sob influência das drogas;
- Deformação anatômica da coluna perceptível ao exame físico;
- Lesões que desviam a atenção como as causam muitas dores para os pacientes como queimaduras profundas e extensas e fratura de fêmur;
- Pacientes com barreira na comunicação como por exemplo surdez, pouca idade entre outros;

Para Mantovani (2005), sempre que houver possibilidade de coluna instável, a equipe de atendimento pré-hospitalar deve seguir um método geral, numa seqüência de eventos, a serem realizados no paciente por ordem como descrito abaixo:

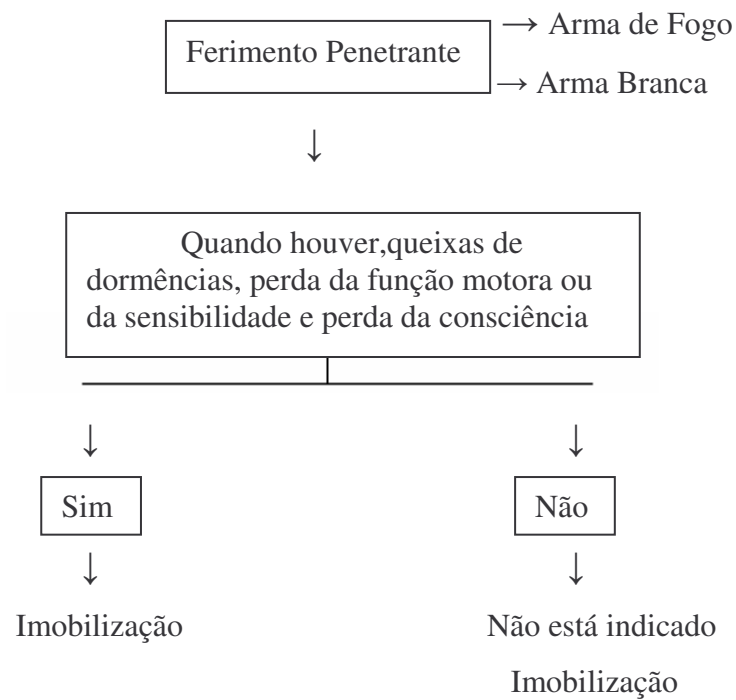
- Mover a cabeça do paciente para uma posição alinhada e neutra, a menos nos casos contra indicado como espasmo dos músculos do pescoço, comprometimento das vias aéreas e aumento da dor. Manter apoio manual e estabilização alinhada o tempo todo.
- Realizar o exame primário no paciente e proceder às intervenções necessárias.
- Avaliar a capacidade motora e a resposta sensitiva do paciente se as condições do paciente permitirem.
- Examinar o pescoço e aplicar o colar rígido cervical adequado e eficaz.
- Posicionar o dispositivo como prancha curta ou vestimenta no paciente ou colocar o paciente sobre o dispositivo como prancha longa.
- Imobilizar o tronco em um dispositivo de modo que o tronco não possa mover-se para cima, para baixo, para a esquerda ou para a direita.
- Avaliar a necessidade de acolchoar a área que se encontra atrás da cabeça ou do tórax do paciente, pois a cabeça e o tórax deve permanecer alinhada.
- Imobilizar a cabeça do paciente no dispositivo, mantendo posição alinhada neutra.
- Com o paciente na prancha longa, imobilizar as pernas para impedir movimentos anteriores ou laterais.
- Fixar os braços do paciente na prancha longa.
- Reavaliar as condições do paciente.

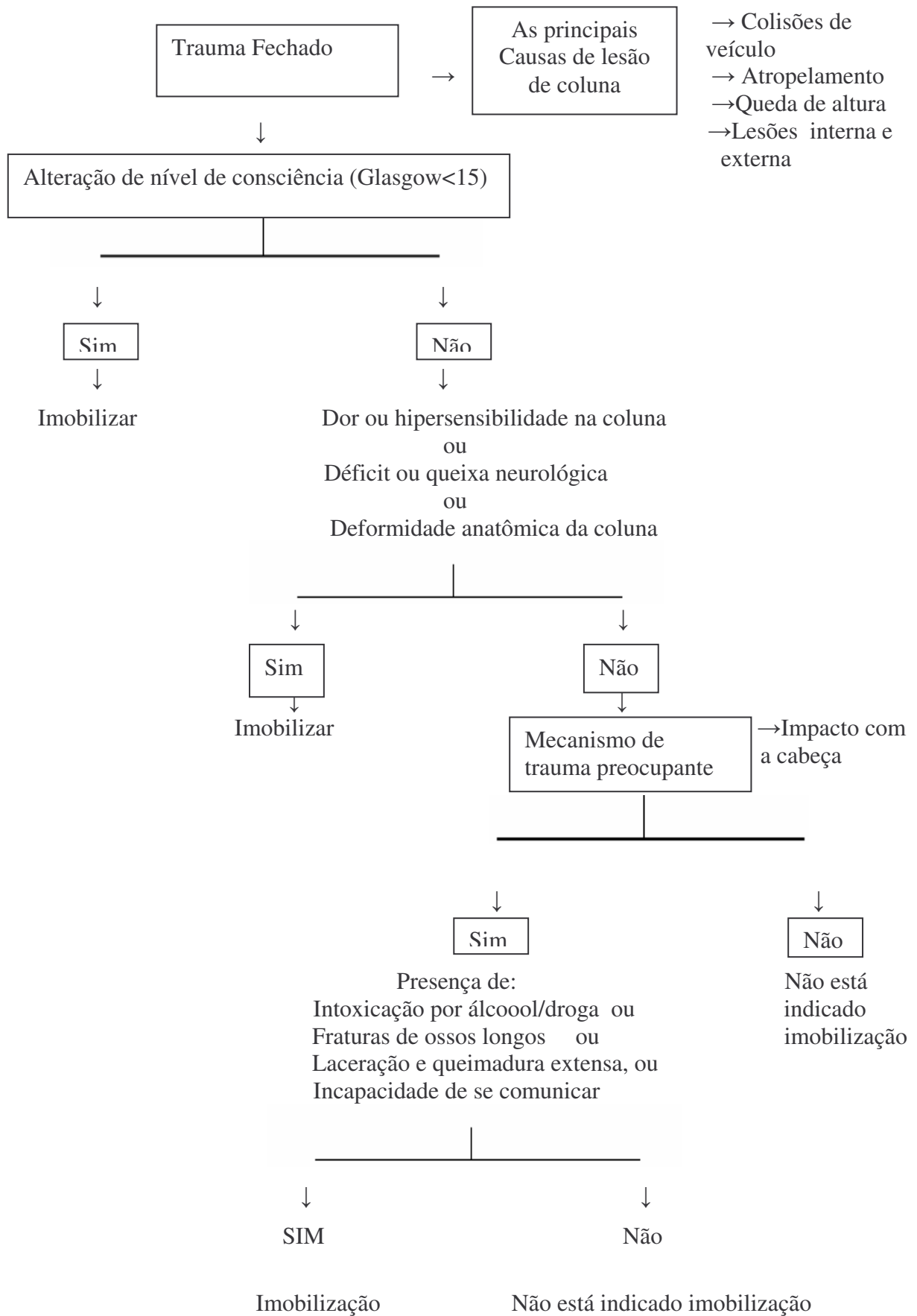
A coluna cervical deve ser protegida em situações de trauma, até que as lesões raquiomédulares tenham sido descartadas através de exames de RX no hospital para onde o paciente será encaminhado (MANTOVANI, 2005).

Após avaliação inicial do paciente e conseqüentemente imobilização nos casos indicados, se faz necessário no AHP, transportar o paciente pelo meio mais rápido e seguro. Este transporte na maioria dos sistemas regionais, há duas opções já organizadas, o transporte terrestre e o aéreo (helicóptero), ambos permitem transportar e monitorar o paciente adequadamente (MANTOVANI, 2005).

Fluxograma para as indicações de imobilização de coluna, para ferimentos penetrantes e trauma fechado (PHTLS,2004, p.245)

Ferimento Penetrante:



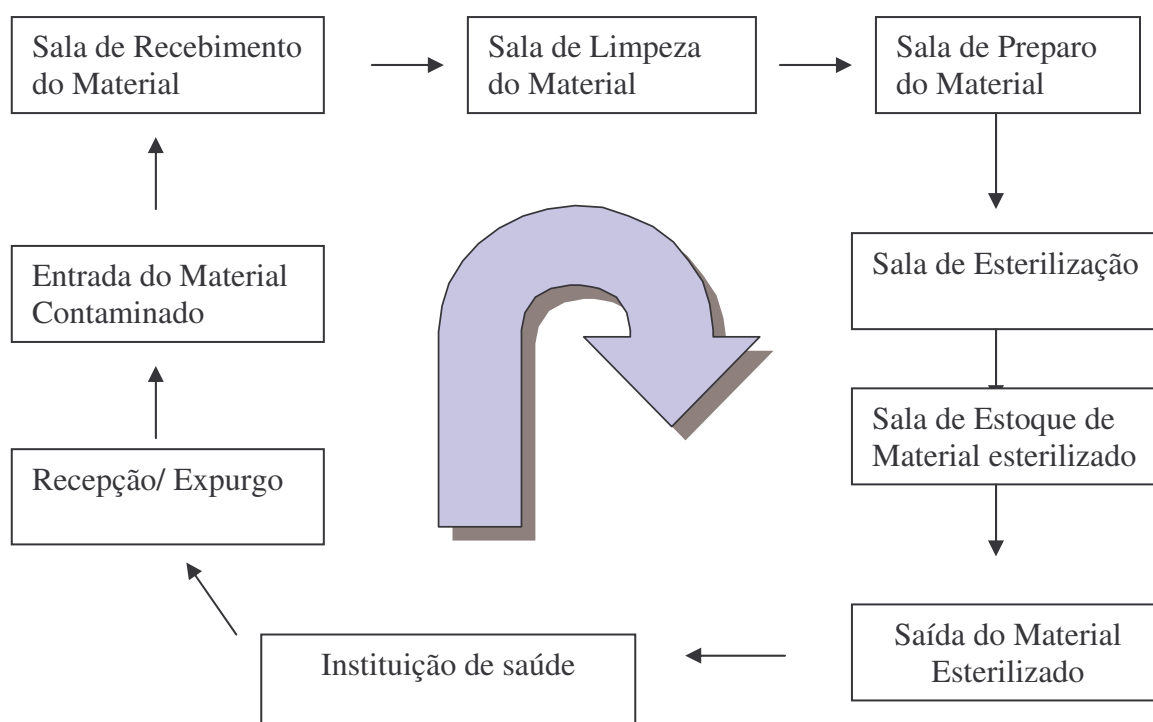
Trauma Fechado:

2.3 O CUIDADO COM O MATERIAL

No SAPH, o grande número de ocorrências e a agilidade necessária para a reposição dos artigos após cada atendimento, exige do serviço um local adequado para a realização dos cuidados com os materiais. Além disso, este processo é essencial para que todo atendimento ocorra de forma segura, tanto para o paciente quanto para a equipe.

O centro de material é uma unidade destinada às seguintes atividades: receber, limpar, desinfetar, separar, preparar, esterilizar, armazenar e distribuir os materiais para as unidades dos estabelecimentos assistenciais à saúde. Seus objetivos principais são oferecer materiais indispensáveis ao desempenho técnico; proporcionar segurança e eficácia ao atendimento do paciente; contribuir para a qualidade da assistência prestada pela instituição; realizar o controle microbiológico e de validade; zelar pela proteção e segurança dos profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Fluxograma da central de material e esterilização para melhor exemplificação da funcionalidade do serviço, adaptado de Rodrigues et al (1995).



A área de expurgo é responsável pela recepção, descontaminação, lavagem e separação dos materiais segundo os riscos potenciais de transmissão de infecção para os pacientes, sendo eles classificados em artigos críticos, semi-críticos e não críticos. Os artigos críticos são aqueles utilizados em procedimentos invasivos com penetração em pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais e sistema vascular, incluindo os que estão conectados com estes sistemas. Os artigos semi-críticos são artigos ou produtos que entram em contato com a pele não íntegra, restritos às suas camadas ou aqueles que entram em contato com mucosas íntegras. Já os Artigos não-críticos são aqueles destinados ao contato com a pele íntegra e também aqueles que não entram em contato direto com o paciente (MOURA, 1999).

É de extrema importância que os artigos sejam selecionados e processados logo após o seu recebimento, evitando seu acúmulo no expurgo e, conseqüentemente, que matérias orgânicas fiquem aderidas, tornando mais difícil a limpeza (LOPES, 2000).

A limpeza é o processo essencial e indispensável para o reprocessamento dos materiais, visando à remoção de sujidade visível e por conseqüência a retirada da carga microbiana. Esta etapa é fundamental para todos os tipos de materiais e deve proceder os processos de desinfecção ou esterilização (RODRIGUES et al , 1995).

A limpeza inicial do material pode ser manual ou mecânica. O processo manual se dá através da fricção com escovas ou imersão do artigo em água, com produtos específicos tais como: limpadores enzimáticos, detergentes e desincrostantes, que tiram a sujidade em um curto espaço de tempo, sem danificar os artigos. Este processo é indicado à artigos delicados que não possam ser processados por métodos mecânicos. O processo mecânico acontece através da lavagem do artigo por meio de equipamentos que facilitam sua limpeza (RODRIGUES et al, 1995).

O enxágüe dos artigos após a limpeza deve ser realizado preferencialmente com água, sendo necessário retirar o excesso, para que não ocorra a aderência de íons da água corrente. Nos artigos de aço inoxidável, esta aderência pode provocar a formação de manchas e pontos de oxidação. A secagem deve ser realizada com ar comprimido ou conforme as instruções do fabricante (MOURA, 1999).

Após a limpeza os artigos podem passar por um processo chamado de desinfecção onde ocorre a eliminação ou destruição de microorganismos, mediante a aplicação de agentes físicos e químicos. A desinfecção pode ser de alto, intermediário ou baixo nível. A desinfecção de alto nível destrói todas as bactérias vegetativas, microbactérias, fungos, vírus e parte dos esporos. É indicado para artigos de terapia respiratória. O agente mais comumente

usado é o glutaraldeído. O material deve ficar totalmente submerso por período de 40 a 60 minutos. O enxágüe deve ser feito preferencialmente com água estéril e a manipulação deve seguir o uso da técnica asséptica. A desinfecção de nível intermediário tem ação viruscida, bactericida para formas vegetativas, inclusive contra o bacilo da tuberculose, porém não destrói esporos. Os compostos mais utilizados são cloro, álcool 70% e o virex (MOURA, 1999).

O expurgo é um local que exige responsabilidade do funcionário, pois as atividades desenvolvidas são o ponto de partida de todo o trabalho realizado pelo serviço e também o local onde o funcionário entra em contato com substâncias químicas, que podem causar danos à sua saúde. Desta forma, torna-se necessário o uso constante dos EPIs como: máscara, toca, luva, avental impermeável e óculos (LOPES, 2000).

A área de preparo do material é um local onde os artigos são encaminhados após a limpeza para serem inspecionados quanto sua funcionalidade e integridade, para em seguida serem empacotados, identificados e encaminhados para esterilização. A identificação é feita através de fitas, termosensíveis, com o nome do material, data de validade e assinatura do funcionário que realizou o empacotamento. A esterilização é o processo de destruição de todas as formas de vida microbiana: bactérias nas formas vegetativas e esporuladas; fungos e vírus, mediante a aplicação de agentes físicos e químicos (LOPES, 2000).

A Esterilização química por glutaraldeído é o processo realizado através da imersão dos artigos na solução esterilizante de glutarol 2 % e ácido peracético 0,2%. Os artigos devem ser imergidos completamente por 8 a 10 horas no agente químico ou de acordo com a recomendação do fabricante. Logo após este período o artigo deve ser enxaguado abundantemente com água esterelizada, secado assepticamente e ser utilizado imediatamente, não podendo ser estocado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Após serem processados e esterilizados, os artigos devem ser armazenados em locais apropriados, como armários fechados, limpos, livres de poeira e secos, com controle de umidade de 30 a 60% e temperatura ambiente entre 18°C a 25°C. Estes cuidados devem ser realizados para evitar a proliferação microbiana (LOPES, 2000).

O estoque deve ser mantido de forma organizada e os itens devem ser identificados nas prateleiras de modo a propiciar a previsão e provisão adequada dos artigos. O acesso das pessoas a esta área deve ser restrito e para o seu manuseio as mãos devem estar bem secas e a manipulação dos pacotes deve ser o mais delicado possível, para impedir rasgos e furos (LOPES, 2000).

O prazo de validade do artigo esterilizado é determinado de acordo com o método de esterilização, o tipo e a configuração dos artigos, o tipo de embalagem, o local onde o artigo será guardado em cada unidade, método de selagem e quantidade de vezes que o pacote é manuseado antes do uso. É importante que seja realizada a inspeção periódica dos artigos estocados, para verificação de qualquer degradação visível e permanência do prazo de validade (MOURA, 1999).

O cuidado com os materiais exige determinados conhecimentos e habilidades específicas, sendo necessário um profissional qualificado para tal atuação, que compreenda o funcionamento dos materiais, conheça as diversas técnicas de limpeza e realize o empacotamento e armazenamento de forma segura. O enfermeiro é um profissional habilitado para exercer, supervisionar ou gerenciar esta atividade, tendo o conhecimento teórico e prático necessários e estando apto a realizar a capacitação de outros profissionais.

2.4 A ENFERMAGEM NO SAPH

O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar é fundamental, já que tem a finalidade de atender o paciente em situações de emergência e urgência, com a maior eficiência e eficácia, no menor tempo possível, antes de sua chegada no hospital. É importante ressaltar que, em situações de urgência em locais de difícil acesso ou que ofereçam risco à equipe de saúde, deve ocorrer uma ação multidisciplinar entre esta equipe e outros profissionais, como bombeiros militares e policiais rodoviários. Abaixo estão especificadas as definições dos profissionais oriundos da área da saúde (MANTOVANI, 2005):

*** Profissionais da área da saúde:**

⇒ Enfermeiro: Profissional titular do diploma de enfermeiro, registrado no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de sua jurisdição e habilitado a prestar atendimento pré-hospitalar móvel. Executa prescrições médicas via telemedicina, presta cuidados de maior complexidade técnica a pacientes graves, gestantes e recém-natos.

⇒ Técnico de Enfermagem em emergências médicas: Profissional titular do diploma de técnico de enfermagem, registrado no COREN. Além da intervenção conservadora no atendimento ao paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegado, sob supervisão de um enfermeiro profissional.

⇒ Médico Regulador: Profissional de nível superior, titular do diploma de médico, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), habilitado ao exercício da medicina pré-

hospitalar, atuando na área de suporte avançado de vida. Como competências deve conhecer a rede de serviços da região, manter visão global e atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar, classificar prioridades de atendimento, selecionar meios para o atendimento, exercer o controle operacional da equipe assistencial, prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, preencher os documentos inerentes às atividades do médico e obedecer ao código de ética médica.

A lei do Exercício Profissional de Enfermagem n.7498/86, estabelece ser privativo do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem, juntamente com a assistência direta ao paciente crítico e principalmente a execução de atividades de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e a capacidade de tomar decisão imediata. Assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, principalmente no acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução de parto sem distócia (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

As Portarias do Ministério da Saúde, nº.2048/GM de 05 de novembro de 2002, n.1863/GM e n.1864/GM de 29 de setembro de 2003, estabelecem para o profissional enfermeiro, os principais requisitos, competências e atribuições no atendimento pré-hospitalar:

→ O enfermeiro: profissional de nível superior titular do diploma de enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

→ Requisitos Gerais: equilíbrio emocional e auto-controle; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe.

→ Competências e atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina, prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimento de base científica e a capacidade de tomar decisão imediata.; prestar assistência de enfermagem a gestante a parturiente e ao recém nascido; realizar parto; participar de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação permanente; conhecer os equipamentos e realizar manobras de extração manual de pacientes.

Fazendo uma comparação entre a Lei do Exercício Profissional de enfermagem n.7498/86 e as portarias, citadas anteriormente, podemos concluir que ambas complementam-se, sendo que as portarias são mais específicas por serem voltadas para o atendimento pré-hospitalar e suas peculiaridades.

Para Ramos e Sanna (2005), a participação do enfermeiro nos aspectos assistenciais do SAPH demonstra seu grau de conhecimentos e habilidades, mas permanece muito restrito à assistência. Torna-se necessário ampliar sua atuação desenvolvendo atividades gerenciais de sua competência, principalmente nas USB, e promoção de ações educativas juntamente com as equipes de APH.

3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 WANDA AGUIAR HORTA

3.1.1 Breve Biografia e Pressupostos de Wanda A. Horta

Com base nos estudos de Leopardi (1999), Wanda A.Horta nasceu em 11.08.1926, em Belém do Pará. Formou-se enfermeira na USP, em 1948 e, no ano de 1953 recebeu o diploma de licenciatura em História Natural, na Faculdade de Filosofia, da Universidade do Paraná. No ano de 1968, conquistou o título de Doutora e docente livre em fundamentos em enfermagem, na escola de Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Realizou palestras, aulas conferências, e ministrou inúmeros cursos. Viajou para palestrar e estudar com bolsas em Portugal, Espanha, Bélgica, Itália, Suíça e Estados Unidos. No Brasil, participou em bancas examinadoras, orientações de teses de mestrado e doutorado.

De acordo com Carraro e Westphalen (2001), pressupostos são afirmações explicativas das crenças e princípios aceitos como verdadeiros pelo autor da teoria.

Os pressupostos de Wanda A. Horta:

“A enfermagem é um serviço prestado ao ser humano” (HORTA, 1979, p.28).

“O ser humano, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo” (HORTA, 1979, p.28).

“A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde” (HORTA, 1979, p. 29).

“A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio” (LEOPARDI, 1999, p.80).

“Todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação” (LEOPARDI, 1999, p.81).

“A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo do seu auto cuidado” (LEOPARDI, 1999, p.81).

“A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade” (LEOPARDI, 1999, p.81).

3.1.2 Teoria das Necessidades Humanas Básicas

Wanda A. Horta, procurou desenvolver uma metodologia científica, explicando a natureza da enfermagem e definindo seu campo de ação específico (HORTA, 1979).

A teoria das Necessidades Humanas Básicas se apóia em três leis gerais: A lei do equilíbrio, descreve que todo o universo está em processo de equilíbrio dinâmico entre os seres. O ser humano como sendo parte integrante do universo, interage com ele, e desta interação sofre modificações constantes que causam estados de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo; A lei da adaptação descreve que o ser humano desenvolve um sistema de adaptação para se manter constantemente em máximo equilíbrio. Já a lei do holismo, retrata que o ser humano é um todo e não a soma de suas partes. Sendo assim, para se manter em harmonia plena e equilíbrio é necessário ajusta-se ao universo, que também é um todo unificado e dinâmico (HORTA, 1979).

O ser humano tem Necessidades Humanas Básicas (NHB), que se dividem em necessidades psicobiológicas, psicoespirituais e sociais. Estas necessidades possuem características de estarem intimamente relacionadas e serem universais, ou seja, comum a todos os seres humanos, variando de intensidade e manifestação. Isto ocorre devido à individualidade própria dos seres humanos como sexo, idade, raça, escolaridade, cultura, religião e assim por diante (LEOPARDI, 1999).

As necessidades psicobiológicas, quando em desequilíbrio, são evidenciadas pelo corpo físico do indivíduo, como por exemplo alterações da oxigenação, eliminação, sono e repouso, entre outros. As necessidades psicoespirituais são aquelas que derivam dos valores e crenças dos indivíduos. Já os desequilíbrios psicossociais são relacionados a partir da convivência com outros seres humanos, sendo manifestado com alterações do afeto, comunicação, auto-estima, entre outros (LEOPARDI, 1999).

Como nossa assistência será num serviço de atendimento pré-hospitalar, o cuidado prestado precisa ser sistematizado mentalmente e principalmente efetuado rapidamente, pois o contato com o paciente é, em geral, de curta duração, e tem como finalidade principal estabilizar as necessidades biológicas, identificando os problemas de enfermagem que requerem pronta intervenção.

Para Horta (1979), o processo de enfermagem é uma metodologia de trabalho, que está fundamentada no método científico. Ele é uma proposta que se caracteriza pelo inter

relacionamento e dinamismo de suas seis fases ou passos, visando a assistência ao ser humano.

As fases do processo, segundo Horta (1979), são:

* **Histórico de enfermagem:** é o primeiro passo do processo, sendo entendido como um roteiro completo e sistematizado, com a finalidade de levantar dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas.

Durante o exame físico, observamos o estado geral do paciente, condições do vestiário, condições mentais, condições de locomoção, peso, altura, sinais vitais, ausculta pulmonar e realizamos a inspeção e palpação céfalo-caudal.

O histórico de enfermagem utilizado em pacientes em situação de emergência ou urgência deve ser obtido de uma forma rápida e precisa, sendo que as informações podem ser coletadas, muitas vezes, de parentes, amigos, vizinhos e até mesmo de desconhecidos. Elas devem ser documentadas na ficha de atendimento do paciente, para serem repassadas à equipe de saúde intra-hospitalar. As principais informações a serem obtidas no atendimento pré-hospitalar são: alergias, principalmente à medicação; drogas que o paciente usa regularmente; problemas de saúde, para os quais o paciente recebe tratamento, incluindo cirurgias prévias; líquidos e alimentos ingeridos e eventos que levaram àquela situação de saúde.

Em situação emergencial é realizado primeiramente um exame primário no paciente, com intuito de obter uma impressão geral de seu estado. Este exame deve ter uma seqüência lógica e dirigida para as prioridades, seguindo o formato ABCDE de avaliação da via aérea, ventilação, circulação, estado neurológico, e exposição (remoção das roupas para descobrir lesões adicionais importantes). A equipe de APH deve completar o exame primário afim de identificar e tratar todas as lesões de risco de vida para o paciente. Após este procedimento, é realizado o exame secundário, que avalia o paciente minuciosamente através da inspeção e palpação de todos os segmentos, no sentido céfalo-caudal, com objetivo de identificar lesões e problemas que não foram identificados anteriormente.

As informações coletadas durante o exame primário e secundário do paciente, que poderão contribuir para avaliações posteriores, também são registradas na ficha de atendimento.

Como é realizado o exame, bem como suas etapas e o que deve ser observado, foi descrito anteriormente na revisão de literatura.

* **Diagnóstico de enfermagem:** é a segunda fase do processo, sendo realizado após análise dos dados colhidos no histórico, juntamente com a identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente, com o objetivo de avaliar os problemas prioritários do paciente que necessitam de atendimento pela equipe de enfermagem.

Em situação de emergência ou urgência, o diagnóstico de enfermagem não se altera muito em relação à metodologia utilizada por Horta, sendo que o foco principal é a identificação das necessidades humanas básicas que necessitam de atendimento imediato. Com relação ao grau de dependência do paciente em situação emergencial, normalmente este é dependente, seja esta dependência devido a suas condições clínicas ou muitas vezes devido à imobilização que se faz necessário.

* **Plano assistencial:** “é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido”(HORTA, 1979, p.65).

O plano assistencial é consequência da análise do diagnóstico de enfermagem, juntamente com as necessidades afetadas e o grau de dependência. O plano assistencial poderá ser alterado conforme a evolução e as necessidades do paciente.

* **Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem:** “É um roteiro que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano” (HORTA, 1979, p.66).

Em emergência pré-hospitalar o plano e a prescrição de enfermagem são realizados mentalmente pela enfermeira, enquanto os cuidados são solicitados e realizados ao mesmo tempo no paciente.

* **Evolução de enfermagem:** “É o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. A evolução é uma avaliação global do plano de cuidados e prescrição de enfermagem implementada” (HORTA, 1979, p.67).

A evolução de enfermagem é realizada através do preenchimento do relatório de Atendimento pré-hospitalar (RAPH), um registro legal completo, que relata como o paciente foi encontrado, descrevendo suas lesões e características e a ação realizada pelos profissionais da saúde no atendimento pré-hospitalar. Ela serve de subsídio para que a equipe hospitalar tenha um entendimento global dos eventos que ocorreram e as condições do paciente.

O profissional deve também transferir verbalmente a responsabilidade pelo doente para o médico ou enfermeira que assumirá o seu cuidado no serviço de emergência do hospital. Este relatório verbal é menos detalhado que o relatório escrito, mas fornece uma visão geral do histórico importante do incidente, da ação tomada pelos profissionais e a resposta do doente a esta ação (PHTLS, 2004).

*** Prognóstico de enfermagem:** “É a estimativa da capacidade do ser humano em atender as suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos fornecidos pela evolução de enfermagem” (HORTA, 1979, p.68). Segundo a mesma autora paciente com bom prognóstico, é aquele que torna-se independente da equipe de enfermagem. Já prognóstico ruim é aquele que se dirige para a dependência total.

O prognóstico do paciente em situação emergencial pode ser realizado, quando possível, durante a evolução verbal passada para a equipe do hospital.

Em se tratando de atendimento pré-hospitalar, torna-se impossível utilizar a metodologia do processo de enfermagem, proposta por Horta, de forma integral e sem alterações. O processo de enfermagem é um registro completo, que requer uma grande quantidade de informações sobre o paciente e tempo para a execução de todos os passos. Todavia, esta metodologia poderá ser aplicada com algumas alterações, para se adequar ao atendimento pré-hospitalar, como foi demonstrado anteriormente.

3.2 PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DE PAULO FREIRE

3.2.1 Breve Biografia e Pressupostos de Paulo Freire

Gadotti (1997), em seus estudos, afirma que Paulo Freire nasceu no ano de 1921 em Recife, no Estado de Pernambuco. Foi professor de Português (1941-1947). Neste ano, formou-se em Direito na Universidade de Recife, sem, no entanto, seguir carreira. No período entre 1947 e 1956, foi Diretor do Departamento de Educação e Cultura do SESI/PE. Em 1963 presidiu a comissão Nacional de Cultura Popular e coordenou o plano Nacional de Alfabetização de Adultos a convite do Ministério da Educação, em Brasília, no governo de João Goulart.

Em 1964, a ditadura militar obrigou-o a permanecer quinze anos em exílio. Foi para o Chile onde, até 1969, assessorou o governo democrata-cristão de Eduardo Frei, em programas de educação popular. De 1972 a 1974 lecionou na Universidade de Genebra.

De 1970 a 1979, quando voltou do exílio, trabalhou no Conselho Mundial de Igrejas. Em 1980 recebeu o prêmio Rei Balduino da Bélgica e, em 1986, o prêmio Educação para Paz da Unesco. Foi Secretário Mundial da Educação, em São Paulo, no período compreendido entre 1989 e 1991.

Falecido no ano de 1997, Paulo Freire é considerado um dos maiores educadores deste século. Sua principal obra, *Pedagogia do Oprimido*, é até hoje traduzida em 18 línguas.

Os pressupostos pedagógicos explicitados em Freire (2002) são:

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (p.52).

“Ensinar é uma especificidade humana” (p.102).

“Ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo” (p.110).

“Ensinar exige a convicção que a mudança é possível” (p.85).

“A educação através da conscientização leva a formação da autonomia intelectual do cidadão” (p.122).

“Ensinar exige apreensão da realidade. A capacidade de aprender, não apenas para nos adaptar, mas sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a” (p.76).

“Ensinar exige criticidade e curiosidade epistemológica” (p.34).

3.2.2 Proposta pedagógica libertadora e problematizadora

Vivemos atualmente numa sociedade aprendente, em que a informação tecnológica e a comunicação transformam-se constantemente e influenciam o conceito de trabalho. Nesta sociedade, se exige um mínimo de conhecimento para que o indivíduo possa situar-se no mundo, permanecendo em uma aprendizagem contínua ao longo da vida (REIBNITZ, HORR, SOUZA, 2000).

Com o objetivo de tornar os profissionais sujeitos participativos e criativos, têm sido implementadas novas abordagens educativas no trabalho, aliadas a uma pedagogia crítica que promova uma reflexão contínua da prática profissional. A educação continuada visa promover a educação no local de trabalho, estando centrada no trabalhador para potencializar competências técnicas, humanísticas e principalmente aumentar a percepção do indivíduo como um ser relacional (BACKES, 2005).

A educação continuada promove reflexão na participação do profissional, interagindo no equilíbrio inter profissional, formando equipes de trabalho com alta capacidade de reflexão crítica, definindo projetos de melhoramento constitucional e, desta forma, contribuindo com a qualidade do serviço (OGUISSO, 2000).

Segundo Roschke (2006), a estratégia de educação continuada tem como ponto de partida a necessidade de dignificar a função pública, colocando-a em dia e a serviço dos cidadãos; de revisar e redefinir papéis e funções, aumentar os graus de autonomia da gestão institucional; formar equipes de trabalho com alta capacidade de reflexão crítica, e definir e implementar projetos de melhoramento institucional.

A enfermagem como profissão da área da saúde que agrega o maior número de trabalhadores nesta área, sofre influência direta do progresso da ciência e da tecnologia (SAUPE, 1998). Sendo assim, o profissional enfermeiro deve estar atualizado e compromissado em promover educação continuada, tendo a responsabilidade de preparar indivíduos capazes de acompanhar as mudanças. Desse modo, compreende-se educação continuada em Enfermagem como sendo: um processo educativo, formal ou informal, dinâmico, dialético e contínuo de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício de uma cidadania, conscientização, reafirmação e reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvida para uma prática crítica e criadora (BACKES et al, 2003).

Para promover educação continuada optamos pela teoria dialética de Paulo Freire. Esta teoria contribuiu com o aspecto de que a melhor maneira de refletir é pensar a prática e retornar a ela para transformá-la. Concluímos então que o conhecimento deve partir da realidade dos profissionais e estar direcionado para a resolução dos problemas que eles enfrentam em sua prática social, fornecendo a base necessária para que tenham condições de melhor conhecer sua realidade na qual estão inseridos (GADOTTI, 1991).

A proposta pedagógica de Paulo Freire dá ênfase para valorização do profissional como protagonista central do processo ensino aprendizagem. O profissional assume direção de seu caminhar e com isso constrói sua trajetória de aprendizagem, influenciado pela sua história de vida, experiências acumuladas e a realidade em que se insere. Já o professor, neste contexto, assume o papel de facilitador das experiências de aprendizagem, necessitando portanto de sensibilidade para reconhecer as reais necessidades do profissional e com isso poder oferecer as oportunidades significativas para estimular sua capacidade de re-intervenção da realidade (REIBNITZ, HERR, SOUZA, 2000).

O método de Paulo Freire, segundo Saupe (1998), propõe uma sequência de passos, que vão se inter-relacionando num movimento de construção, que avança e retroage. A teoria está sustentada por uma concepção dialética em que o educador e o educando aprendem juntos numa relação dinâmica entre os participantes. Os passos propostos são: observação da realidade, levantamento de temas geradores, codificação, decodificação e desvelamento crítico.

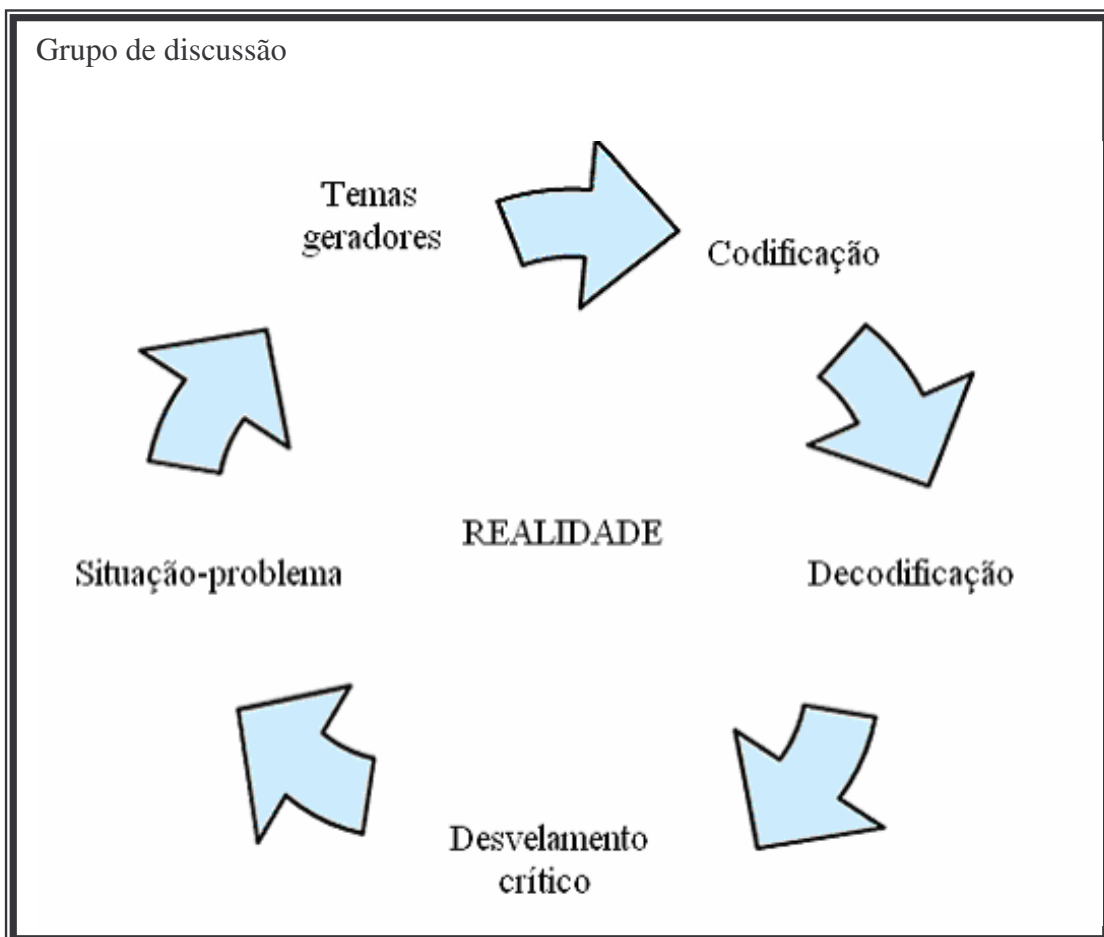
O levantamento de temas deve surgir do grupo de discussão, mediante a observação da realidade e das situações-problemas apresentadas pelos profissionais. Os conteúdos emergem da observação da realidade vivida pelos profissionais a partir de seu próprio local de trabalho; a codificação trabalha no sentido de que os participantes exponham seu entendimento sobre o tema; o questionamento dos códigos utilizados para descrever a situação e a sua problematização representa a decodificação ou descodificação. Esta etapa é de suma importância, pois o tema quando bem definido constitui um elemento motivador no processo ensino aprendizagem; o desvelamento crítico representa a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, que depois de todo o processo é vista com outros olhos, possibilitando uma ação na busca de sua superação (SAUPE, 1998).

Segundo Saupe (1998, p.256), “a transformação ocorre como resultado da ação e reflexão dos homens sobre a realidade, para a criação de um novo mundo, ou seja, ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo, modificando a realidade”.

Fizemos a opção pedagógica pela proposta de Paulo Freire, para promover a educação continuada no SAMU, devido às características dos indivíduos, ou seja, profissionais adulto inserido num processo de trabalho, com uma bagagem ou experiência que precisa ser considerada e valorizada.

A educação continuada em um SAPH é de extrema importância, devido às diversas peculiaridades deste tipo de serviço. Os profissionais desta área tem que possuir uma agilidade técnica, raciocínio rápido e lógica e principalmente um grande conhecimento teórico das diversas patologias, pois este tipo de serviço atende variadas ocorrências de natureza clínicas e traumática em situações de urgência/emergência.

Esquema didático para melhor compreensão da teoria de Paulo Freire.



3.3 MARCO CONCEITUAL

Para Trentini e Paim (1999) marco conceitual consiste na articulação harmoniosa dos conceitos intimamente relacionados, podendo, para isso, utilizar uma ou mais teorias.

Na compreensão de Carraro e Westphalen (2001), o Marco Conceitual é importante ferramenta para embasar e direcionar as ações da prática de enfermagem, servindo de base para uma proposta e o desenvolvimento da Metodologia de Assistência de Enfermagem, em que os conceitos devem estar estruturados e inter-relacionados de forma coerente. Para estas autoras, conceitos são representações mentais e gerais de determinada realidade, ou ainda as crenças e valores do autor sobre aquilo que está sendo conceituado, ou seja, originárias da percepção e experiências individuais do autor.

Dando enfoque em nosso estudo, ou seja, visando o cliente em situação emergencial, o marco conceitual serviu para direcionar e embasar teoricamente nossa prática assistencial relacionando os conceitos da teoria das Necessidades Humanas Básicas, juntamente com uma proposta problematizadora para educação continuada, baseado nos princípios de Paulo Freire.

3.3.1 CONCEITOS

A) ENFERMAGEM

Para Horta (1979), a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde. É um serviço prestado ao ser-humano, podendo ser indivíduo, família ou comunidade, para o atendimento de suas Necessidades Humanas Básicas, de torná-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e de promover a saúde em colaboração com outros profissionais. Assistir em enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo. Horta também coloca que a enfermagem deve orientar ou ensinar, supervisionar, e encaminhar para outros profissionais.

Em situações de emergência pré-hospitalar, a enfermagem assistirá o ser humano em suas necessidades humanas básicas prioritárias afetadas, como: oxigenação, regulação vascular e regulação térmica. Além disso, buscará visualizar o cliente como um todo, fornecendo ajuda psicológica ao paciente e seus familiares, quando possível, e realizando seus atos com responsabilidade, agilidade, destreza manual e segurança emocional, utilizando todos os recursos disponíveis para assistir o e restaurar-lhe o equilíbrio.

B) SER-HUMANO

Para Horta (1999), ser-humano pode ser compreendido como indivíduo, família ou comunidade, que é parte integrante do universo dinâmico e está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. O ser humano está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. Desta forma, distingue-se dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado de imaginação e simbolização, além de poder unir o presente, o passado e o futuro. Estas características permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade, percebendo-se como sujeito em seu processo de viver.

Em emergência, o indivíduo que necessita de assistência, estando em situação crítica de saúde, está em desequilíbrio com o mundo a sua volta, e tem suas NHB afetadas (principalmente as biológicas como oxigenação e regulação vascular), necessitando de pronto-atendimento por parte da enfermagem e de toda equipe de saúde.

C) ENFERMEIRO

Em sua obra, Horta (1979) não define especificamente enfermeiro, mas deixa a entender que este profissional deve ter conhecimento técnico e princípios científicos, provenientes das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. Desta forma, as funções do enfermeiro se distinguem em três áreas ou campos de ação, descritas a seguir:

- área específica: assistir o ser-humano no atendimento de suas NHB e torná-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino no auto-cuidado.
- área de interdependência ou de colaboração: desempenhar atividades na equipe de saúde nos aspectos de manutenção promoção e recuperação da saúde do paciente.
- área social: atuar no ensino, na pesquisa, na administração, na responsabilidade legal e participar da associação de classe.

O enfermeiro é um ser humano que tem como objetivo assistir o outro em suas necessidades humanas básicas, estando comprometido e engajado na profissão, compartilhando com cada ser humano seus conhecimentos e vivências. Para isso, recebeu conhecimentos científicos e técnicos, estando disposto a ver o outro como um ser único, individual e integral. No atendimento pré-hospitalar as funções do enfermeiro podem ser colocadas como na área específica: auxiliar, orientar ou assistir o ser humano em suas NHB, considerando as exigências do SAPH, como agilidade técnica, destreza manual e raciocínio lógico; Na área de interdependência: promover educação continuada com a equipe de enfermagem; e na área social: organizar e administrar os recursos humanos e materiais.

D) EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

Segundo Mantovani (2005), emergência caracteriza situações em que há risco de morte iminente, determinado por acontecimentos inesperados, imprevisíveis e que exijam diagnóstico e terapêutica imediatos. Urgência é um estado patológico, de súbita instalação, sem que haja risco de morte iminente, mas que necessita de pronto-atendimento.

De acordo com Higa e Atallah (2005), emergência/ urgência são:

agravos a saúde que põem em risco determinadas funções vitais que, com o passar do tempo, diminuem temerariamente sua chance de eventual recuperação. E urgência são agravos a saúde que necessitam de assistência imediata, mas que não há perigo iminente de falência de qualquer de suas funções vitais.

E) EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

É a equipe constituída por profissionais de diversas áreas de formação em saúde, sendo assim uma equipe multidisciplinar. Nesta, cada membro possui uma função, mas a atuação deve ocorrer em conjunto e de forma sincronizada, buscando um atendimento com máxima eficácia e qualidade.

É fundamental que a equipe receba treinamentos contínuos, que relacionem a teoria com a prática assistencial e atualizem os conhecimentos adquiridos.

F) SAÚDE-DOENÇA

Segundo Leopardi (1999), a situação saúde-doença é consequência de estados de equilíbrio e desequilíbrio do paciente no tempo e no espaço. Este desajuste leva o ser humano a procurar uma harmonia e satisfação parcial, gerando um desconforto que pode levar a um estado que denominamos "doença".

Para o paciente em situação crítica de saúde, o processo saúde-doença está relacionado ao fato de que, em pouco tempo, um indivíduo sofre uma intervenção que o leva de um estado de equilíbrio para um desajuste das NHB, sendo que em alguns casos, este desajuste torna-se tão abrupto e severo que pode levá-lo à morte, por impossibilidade do restabelecimento do equilíbrio inicial.

G) AMBIENTE:

Horta (1979), não define exatamente ambiente, mas pode ser compreendido como uma relação pela qual o ser humano, parte integrante do universo, interage com ele de modo constante, dando e recebendo energia, modificando e sendo modificado. O ser-humano também desenvolve seu sistema de adaptação ao meio que o envolve, na perspectiva de encontrar seu máximo potencial de equilíbrio.

Para o paciente em situação crítica de saúde, o ambiente pode ser de duas naturezas, pré-hospitalar e intra-hospitalar.

O ambiente pré-hospitalar é o espaço em que se encontra o paciente que necessita de atendimento, podendo ser domiciliar, via pública, local de trabalho, entre outros. Este ambiente é extremamente importante para a equipe de atendimento pré-hospitalar, pois a cena pode fornecer informações a respeito do mecanismo do trauma, da situação pré-incidente e do grau geral de segurança do local, tanto para o paciente que necessita de atendimento, quanto para os profissionais da equipe de saúde e para a comunidade em geral.

O ambiente intra-hospitalar é aquele para onde o ser humano deve ser encaminhado após sofrer alguma alteração que o leve a entrar em desequilíbrio, seja por situação crítica ou não e no qual a assistência deve dar continuidade ao atendimento pré-hospitalar, buscando o restabelecimento do equilíbrio das NHB.

H) EDUCAÇÃO:

Educação consiste na produção ou construção de conhecimentos numa relação dialética entre educador e o educando, ou seja, ambos são sujeitos da ação e reflexão no processo de ensino-aprendizagem. Neste processo, o profissional é protagonista de sua trajetória de apreensão, enquanto o professor é um facilitador e principalmente um elemento motivador neste contexto. Segundo Paulo Freire (2002), ensinar exige apreensão da realidade não apenas para nos adaptarmos, mas sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a. Desta forma, concluímos que o aprendizado deve partir da realidade do profissional, para assim conhecer sua realidade concreta e nela poder intervir criticamente.

4. METODOLOGIA

A metodologia reúne as atividades sistemáticas e racionais, que permitem alcançar os objetivos, com maior eficiência e eficácia. Desta forma, define os passos que devem ser seguidos para permitir a percepção dos erros e facilitar a tomada de decisões (BARBOSA, 2004). É com este entendimento que passaremos a descrever as etapas estabelecidas para o desenvolvimento desta prática assistencial, fundamentada na teoria das Necessidades Humanas básicas e nos princípios pedagógicos de Paulo Freire.

4.1. O Local de Estágio: SAMU/ SC

O SAMU é um programa que tem como finalidade de prestar socorro à população em casos de emergência/urgência. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O SAMU trabalha na lógica de um sistema organizado regionalmente e dentro do Estado, onde dispõe de unidades próprias, tendo unidade de Suporte Avançado à vida e Central de Regulação, sendo esta de responsabilidade do Estado. Já as unidades de Suporte Básico de Vida, e os profissionais destas unidades, ficam sob a responsabilidade dos Municípios (NITSHKE et al, 2005).

O SAMU no Brasil e em Santa Catarina foi idealizado e implantado com base no modelo francês, pois suas centrais de regulação e as USAs, têm como característica fundamental a centralização no médico, tanto na regulação do sistema como no atendimento e

monitoramento do paciente. O que diferencia do modelo francês é o fato de que no Brasil, o SAMU possui USB, onde nesta unidade a equipe é composta por apenas um técnico de enfermagem e um motorista socorrista. Por esse motivo, o SAMU no Brasil, adaptou o modelo francês para sua realidade, e conseqüentemente, seu nome passou de Serviço de Atendimento Médico de Urgência, que é nome do modelo Francês para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (NITSCHK et al, 2005).

O Estado de Santa Catarina, segundo Nistshke et al, (2005), foi dividido em sete macrorregiões, para facilitar a coordenação do SAMU. As macrorregiões são:

- Grande Florianópolis: que abrange os municípios de Florianópolis, São José, Palhoça, Nova Trento, Biguaçu e Rancho Queimado. Tendo a Central de Regulação, localizada em Florianópolis. Sendo que Florianópolis está equipada com quatro USA e duas USB e o restante dos municípios apresentam apenas uma USB.
- Nordeste/Norte: abrange os municípios de Joinvile, Jaraguá do Sul, Mafra e Canoinhas. Tendo a Central de Regulação, localizada em Joinvile. Sendo que Joinvile esta equipada com quatro USB, e cada um dos Municípios possuem uma USA.
- Vale do Itajaí: abrange os municípios de Blumenau, Itajaí, Rio do Sul, Ituboranga, Balneário Camboriú, Porto Belo, Indaial, Gaspar, Timpó, Taió, Brusque e Ibirama. Tendo a Central de Regulação, localizada em Blumenau. As cidades que apresentam uma USA são: Blumenau Rio do Sul, e Itajaí. O restante dos municípios possuem uma USB, com exceção de Rio do Sul, que apresenta duas USB.
- Sul: abrange os municípios de Criciúma, Tubarão, Laguna, Araranguá, Siderópolis, Moro da Fumaça, Içara. Tendo a Central de Regulação, localizada em Criciúma. Todos os municípios possuem uma USB, sendo que Criciúma e Tubarão possui uma USA.
- Planalto Serrano: abrange os municípios de Lages, São Joaquim, Campo Belo do Sul e Otacílio Costa. Tendo a Central de Regulação, localizada em Lages. Sendo que as cidades de Lages e São Joaquim possuem uma USA e uma USB. O restante dos municípios possui uma USB.

- Meio Oeste: abrange os municípios de Joaçaba, Curitiba, Campos Novos, Videira e Concórdia. Tendo a Central de Regulação, localizada em Joaçaba. Sendo que as
- cidades de Curitiba e Joaçaba possuem uma USA e uma USB. O restante dos municípios possui uma USB.
- Extremo Oeste: abrange os municípios de Chapecó, Xanxerê, São Miguel do Oeste, Maravilha, São Lourenço e Palmitos, Ponte Serrana. Tendo a Central de Regulação, localizada em Chapecó. Sendo que as cidades de Chapecó, Xanxerê e São Miguel do Oeste, possuem uma USA e uma USB. O restante dos municípios possui uma USB.

O SAMU em Santa Catarina possui uma sede Administrativa, localizada em Florianópolis, que foi inaugurado dia 05 de novembro de 2005. Possui também em sua estrutura organizacional, um diretor geral, uma coordenadora da central de regulação, uma coordenadora de enfermagem e um núcleo de educação em urgências.

A macrorregião de Florianópolis, possui 10 ambulâncias em sua frota, sendo quatro USAs, sete USBs, para cobrir uma população de 933.560 habitantes. As cidades atendidas são: Florianópolis, Águas Mornas, Angelina, Alfredo Wagner, Anitápolis, Antonio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Garopaba, Gov. Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo A. Imperatriz, São Bonifácio, São J. Batista, São José, São P. Alcântara, Tijucas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As quatro USAs estão localizadas no município de Florianópolis, funcionando normalmente durante o período diurno. No período noturno, de segunda à quinta, somente três USAs são utilizadas, uma fica parada em virtude da baixa demanda de ocorrência durante a semana. As sete USBs, estão localizadas na Trindade, São José, Estreito, Rancho Queimado, Palhoça, Biguaçu e Nova Trento. Todas estas unidades são acionados pela Central de Regulação que fica na sede de Florianópolis.

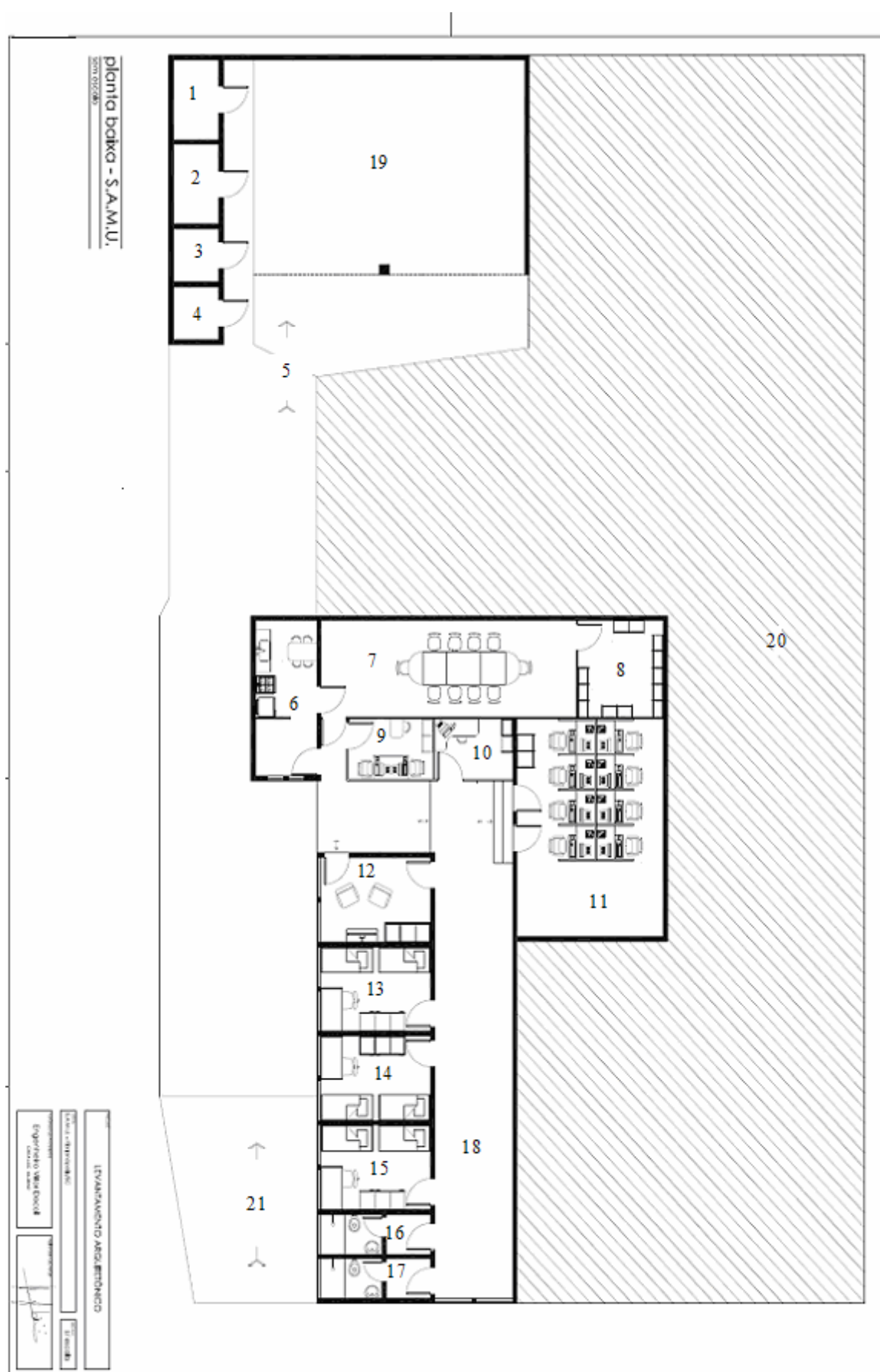
Segundo Nistshke (et al, 2005), os objetivos do SAMU de Santa Catarina são :

- assegurar a escuta médica permanente para as urgências, através da Central de Regulação Médica, utilizando número exclusivo e gratuito 192;
- proporcionar resposta adequada aos cidadãos, através de orientações ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência;
- realizar o atendimento médico pré-hospitalar de urgências/emergências, tanto em casos de traumas como em situações clínicas e, quando for necessário, transportar o paciente com segurança;

- realizar a coordenação, a regulação e a supervisão médica direta ou a distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares;
- promover a união do SAMU com os do serviços de salvamento e resgate do Corpo de Bombeiro, da Polícia Militar, Rodoviária e Civil ou das Forças Armadas quando se fizer necessário.
- regular e organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves no âmbito macrorregional e Estadual;
- capacitar recursos humanos e Participar na estruturação dos núcleos formadores de urgência do SUS);
- promover ações educativas para a comunidade;
- participar no desenvolvimento de programas preventivos junto a serviços de segurança pública e controle de trânsito;
- servir de fonte de pesquisa e extensão a instituições de ensino;
- participar dos planos de socorro em casos de desastres ou eventos com múltiplas vítimas.

4.1.1 Estrutura Física

A sede do SAMU em Florianópolis, onde foi realizada nossa prática assistencial, está localizada no prédio da Policlínica de Referência Regional. O portão de acesso das ambulâncias e dos profissionais é independente da Policlínica, localizando-se na Rua Esteves Júnior, 160, Bairro Centro. A estrutura física está organizada conforme o layout a seguir:



Quadro 9: Legenda da planta física-SAMU

1	Expurgo
2	Acondicionamento de torpedos de O ₂
3	Lixo
4	Material pérfuro-cortante
5	Rampa de acesso ao estacionamento
6	Copa
7	Sala de reuniões
8	Almoxarifado
9	Coordenação de enfermagem
10	Secretaria
11	Sala de regulação
12	Sala de estar
13	Dormitório dos médicos
14	Dormitório dos enfermeiros
15	Dormitório dos socorristas
16	Banheiro feminino
17	Banheiro masculino
18	Circulação
19	Garagem coberta
20	Policlínica
21	Rampa de acesso ao SAMU

4.1.2 Equipes de APH

Conforme Nitschke et al (2005), a composição da equipe de APH, no SAMU, segue o estabelecido pelas portarias do Ministério da saúde nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002, nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003 e 1864/GM de 29 de setembro de 2003, bem como a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1671/03 de 9 de julho de 2003.

Nas USAs (Unidades de Suporte Avançado), as equipes compreendem um médico, um enfermeiro e um socorrista, que é o motorista da Unidade, podendo ser ou não técnico de enfermagem. Os enfermeiros e TARMs (técnico auxiliar de regulação médica) são efetivados por concurso público, enquanto os médicos e socorristas por processo seletivo e contrato por

tempo determinado, sendo possível a prorrogação, por no máximo dois anos. Todos possuem vínculo estadual.

Abaixo seguem as funções e particularidades de cada cargo:

➔ **Enfermeiro:** exerce função assistencial, pois efetua assistência integral nos atendimentos e nos transportes, realizando toda a assistência de enfermagem necessária. Além disso, alguns enfermeiros exercem função administrativa, assumindo cargos como: coordenação de enfermagem, coordenadoria de estágios, entre outros.

Carga horária: 30h/semanais.

➔ **Médico intervencionista:** são responsáveis pelo atendimento de reanimação e estabilização do paciente, no local da ocorrência e durante o transporte até o ambiente hospitalar. Os médicos dividem o plantão entre a assistência nas USASs e a regulação, tendo em vista o estresse da sala de regulação.

Carga horária: 24h/semanais.

➔ **Médico regulador:** através das informações coletadas quando o usuário aciona a central de regulação, através do 192, estes profissionais são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização que possibilitem atender a solicitação, utilizando protocolos técnicos e optando pelos meios disponíveis para o adequado atendimento.

Carga horária: 24h/semanais.

➔ **Motorista/Socorristas:** além de dirigir a unidade móvel, ser responsável pelo transporte e auxiliar na imobilização do paciente, atuam indiretamente na assistência, oferecendo auxílio à equipe em todas as situações.

Carga horária: 30h/semanais.

Todos os profissionais podem ampliar sua carga horária através das horas-plantão “HP”, quando há necessidade do serviço, possibilitando um aumento da renda mensal. Geralmente, os enfermeiros e socorristas são fixos na equipe, enquanto os médicos fazem revezamento nas equipes conforme sua escala. O chefe de cada equipe no atendimento é um médico, sendo o maior responsável pela tomada de decisões. O coordenador de enfermagem da mesorregião de Florianópolis é o responsável pela organização das escalas dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e TARMs; e o coordenador dos socorristas é o responsável pela escala dos mesmos, além das condições das USAs. O SAMU conta com 24 enfermeiros, 45 médicos e

19 motoristas-socorristas. As atribuições de cada profissional estão descritas de forma detalhada do anexo F.

4.1.3 Central de Regulação do SAMU/SC

O acesso do usuário diante de um caso de urgência/ emergência deve ser feito pelo número gratuito Nacional de Urgências Médicas: 192. Já o acesso para os profissionais da área da saúde do município, seja da Central ou de outros municípios da região, que necessitam transferir pacientes para serviços de referência, pode ser feita a partir deste mesmo número, sendo as ligações distribuídas internamente em ramais ou podem ser feitas através de uma linha telefônica específica, de conhecimento apenas dos estabelecimentos de saúde, mediante a protocolos específicos (NITSHKE et al, 2005).

A central de regulação é um serviço de atendimento 24 horas, que recebe as chamadas via telefônica, dos pedidos de socorro da população e de outros profissionais da área da saúde, abrangendo toda a macrorregião. Esta central possui um sistema de gravação e de comunicação via rádio, fax e telefone. Os profissionais que constituem esta central são Médicos Reguladores, Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) e o Rádio Operador-Controlador de Frota (ALMOYNA, NITSHKE, 2000).

A portaria 2048/GM/2003 do MS define Central de Regulação como sendo:

As centrais estruturadas nos níveis Estaduais é o elemento ordenador orientador dos sistemas de Urgências e Emergências. As Centrais organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo de pacientes no Sistema e geram porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de atendimento de urgência são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Segundo Nistshke et al (2005), a regulação médica apresenta duas dimensões:

- dimensão técnica: refere à decisão quanto ao tipo de recurso a ser enviado e a realização dos procedimentos de suporte básico e avançado de vida no local da ocorrência e durante o transporte, na atenção pré-hospitalar e inter-hospitalar.
- dimensão gestora: refere-se ao uso racional do Sistema de saúde hierarquizado, estabelecendo qual tipo de serviço em determinado momento está mais bem preparado e em melhores condições de receber determinado paciente, para que ele possa ser bem atendido e dar resolubilidade ao seu problema.

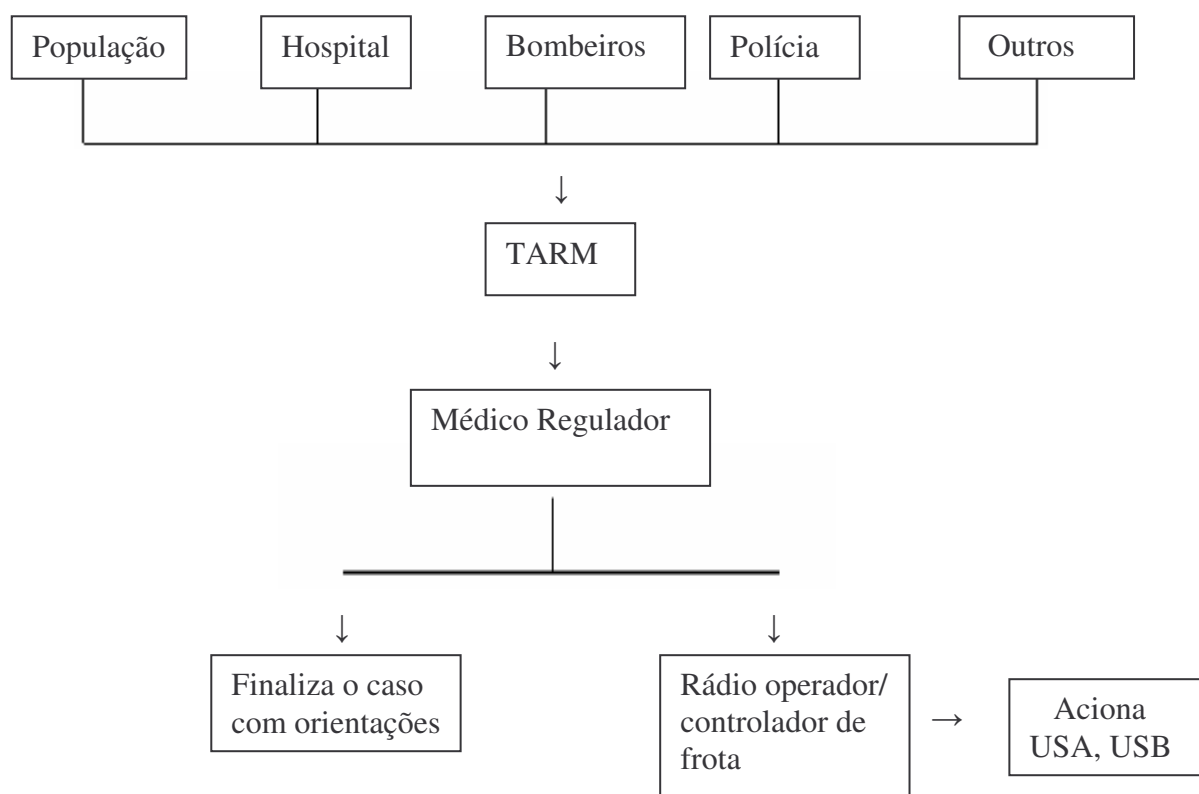
Para Almoyna e Nistshke (2000), os objetivos da Regulação Médica se caracterizam em:

- garantir uma escuta permanente a toda a demanda de atendimento de urgência;
- classificar e priorizar as emergências/urgências;
- determinar e desencadear a resposta mais adequada a cada caso, evitando intervenções inúteis e internações hospitalares desnecessárias;
- qualificar e ordenar fluxos oferecendo respostas individualizada, por necessidade, complexidade disponível e proximidade segundo critérios de regionalização;
- gerar o acesso aos serviços de urgências de uma maneira eficiente e equânime.

Para melhor ilustrar o funcionamento da Central de Regulação, apresentamos a seguir o seu organograma de funcionamento.

Organograma da Central de Regulação do SAMU adaptado de Nistshke et al (2005)

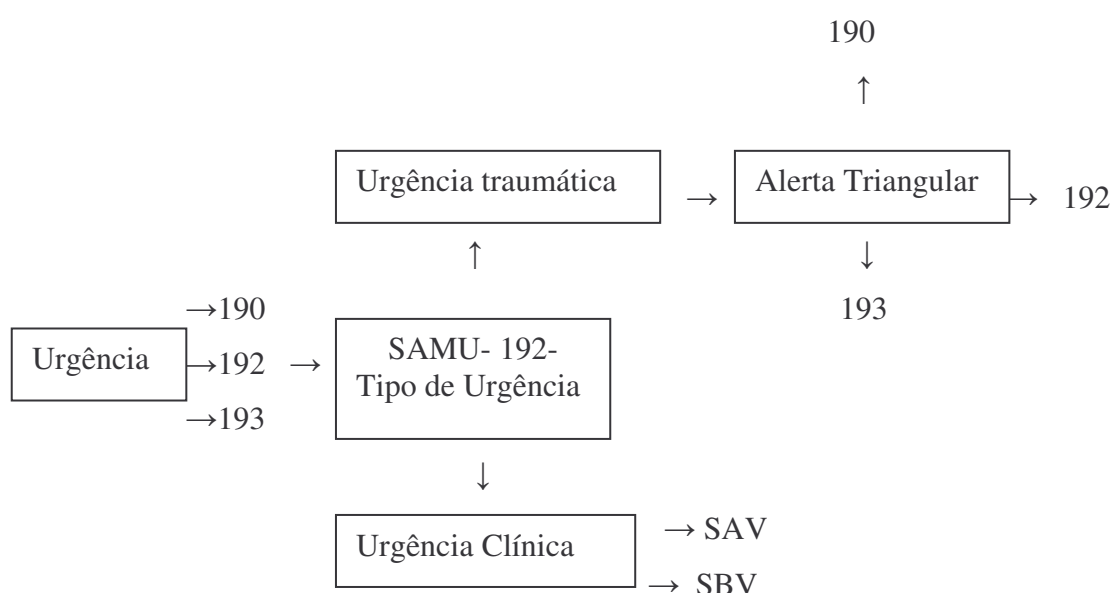
A entrada da solicitação



A central de regulação do SAMU, possui uma interconexão telefônica com as Centrais da(s) polícia(s), tendo como número 190 e o Corpo do Bombeiro 193. Esta via de comunicação serve para as centrais 190 e 193, repassar todas as necessidades de atenção urgente de saúde, nos pedidos de socorro da população, que dão entrada nestes sistemas, para a regulação médica do SAMU. Cabe somente ao médico regulador do SAMU dar a resposta ao caso e ativar meios necessários para o atendimento da situação. Conforme portaria ministerial nº2048/02 (NITSHKE et al, 2005).

Nos casos traumáticos, existe um protocolo de ativação de alerta triangular, cabendo ao SAMU-192 a regulação e ativação do meio móvel ou fixo para a execução da atenção pré-hospitalar com Suporte Básico ou Avançado.

**Fluxograma para melhor compreensão da interligação entre as Centrais 190,192 e 193
(NITSHKE et al, 2005, p. 59).**



4.2 DESENVOLVIMENTO DOS OBJETIVOS

Destacamos, a seguir, o plano de ações que desenvolvemos com a finalidade de atingir os objetivos pretendidos em nosso projeto de prática assistencial, estabelecendo para cada um dos objetivos específicos, as estratégias para o alcance dos mesmos e a avaliação correspondente para cada um deles.

Objetivo 1: Aprofundar os conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho de atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada no SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Estratégias:

- ➔ Coletar as literaturas mais atuais referentes ao SAPH, através das seguintes bases de dados: Bireme, Capes, Lilacs, Medline, entre outras. Estas, serão acessadas através dos descritores: atendimento pré-hospitalar, enfermagem em SAPH, urgência/ emergência e outros que possivelmente surgirão durante a prática assistencial;
- ➔ Obter o maior número de obras e selecionar textos pertinentes ao assunto, para ampliar o conhecimento científico;
- ➔ Participar de eventos relacionados ao assunto durante o período da prática assistencial;
- ➔ Interagir com os profissionais no local de estágio, obtendo novos conhecimentos através de suas experiências.

Avaliação:

- ➔ Ter ampliado o conhecimento na área específica;
- ➔ Ter participado de um evento relacionado ao SAPH;
- ➔ Ter realizado estágio curricular no SAMU.

Objetivo 2: Conhecer as ações desenvolvidas pela equipe de SAPH no SAMU, frente às situações de emergência/ urgência;

Estratégias:

- ➔ Levantar informações sobre o funcionamento do serviço, através de análise documental e observação participante;
- ➔ Observar e registrar o serviço de regulação, desde a chamada da urgência/emergência até o atendimento pelas unidades móveis, destacando suas classificações e prioridades.

Avaliação:

- ➔ Ter realizado a leitura dos protocolos de atendimento das intercorrências acompanhadas pelas acadêmicas durante a prática assistencial;
- ➔ Ter observado e registrado a função de cada profissional do SAMU.

Objetivo 3: Planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem a indivíduos e/ou grupos, aplicando conhecimentos teórico-práticos e interrelacionando fatores físicos, psíquicos, ambientais e sócio-culturais, utilizando o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Aguiar Horta e os diagnósticos da NANDA.

Estratégias:

- ➔ Assistir ao paciente em suas NHBs, acompanhando a equipe de APH nos chamados de emergência/urgência, nas USAs (Unidades de Suporte Avançado), executando os procedimentos e identificando as intervenções necessárias de acordo com a situação em que se encontra o paciente;
- ➔ Identificar e interpretar dificuldades apresentadas pela equipe;
- ➔ Registrar os atendimentos, utilizando um instrumento de assistência de enfermagem construído pelas acadêmicas, fundamentado no processo de enfermagem de Horta e adaptado ao SAPH (apêndice B);
- ➔ Conhecer a população atendida, através dos dados coletados e registrados no instrumento, durante o período de outubro a dezembro de 2006;

Avaliação:

- ➔ Ter acompanhado a equipe de APH em, no mínimo, oitenta atendimentos de urgência/emergência durante a prática assistencial;
- ➔ Ter construído instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem, fundamentado no processo de enfermagem de Horta e adaptado ao SAPH;
- ➔ Ter aplicado o instrumento nos atendimentos realizados;
- ➔ Ter obtido dados relativos à idade e sexo do paciente, e tipo de ocorrência.

Objetivo 4: Desenvolver e manifestar atitudes coerentes com as normas éticas, referentes ao código de ética dos profissionais de enfermagem.

Estratégias:

- ➔ Assistir ao paciente de forma individual e integral, observando suas particularidades;
- ➔ Realizar a assistência de enfermagem, conforme o código de ética da profissão, a lei do exercício profissional e os direitos de cidadania.

Avaliação:

- ➔ Ter conhecimento do código de ética do profissional enfermeiro e suas atribuições.

Objetivo 5: Desenvolver atividades de Educação Continuada junto à equipe de atendimento pré-hospitalar, utilizando a proposta pedagógica libertadora e problematizadora, fundamentada nos princípios de Paulo Freire;

Estratégias:

- ➔ Construir um instrumento, aberto e flexível, que permita conhecer as principais necessidades apresentadas pelos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem), relacionadas à sua prática profissional no SAMU (apêndice C);
- ➔ Promover oficinas educativas que promovam a reflexão sobre o processo de trabalho no SAMU, a troca de conhecimentos e experiências, utilizando a metodologia de Paulo Freire.

Avaliação:

- ➔ Ter identificado as principais necessidades dos profissionais da enfermagem;
- ➔ Ter realizado oficinas para promover reflexões sobre o serviço prestado, troca de experiências e ampliação de conhecimentos entre os profissionais da enfermagem e as acadêmicas.

Objetivo 6: Desenvolver habilidades de pesquisa em Enfermagem.

Estratégias:

- ➔ Realizar uma pesquisa junto aos enfermeiros do SAMU acerca da avaliação da dor do paciente, durante o atendimento de urgência/ emergência

Avaliação:

- ➔ Ter realizado a pesquisa proposta.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Realizamos nossa prática assistencial sob a ética que rege a profissão de Enfermagem. Assumimos o compromisso com a saúde do ser humano e da coletividade, respeitando-os como cidadãos, sem discriminação de qualquer natureza.

O instrumento construído para registro dos atendimentos manteve o anonimato dos pacientes.

Para utilizar as fotografias e as falas de alguns profissionais no trabalho, confeccionamos um termo de consentimento que foi assinado pelos mesmos, declarando sua ciência sobre a utilização do material.

Para preservar o anonimato dos pacientes utilizamos apenas as iniciais de seus nomes. Para os profissionais que participaram das atividades de educação continuada, utilizamos codinomes, nomeando-os com o nome de anjos: Gabriel, Rafael, Daniel e Hariel.

5. COMPARTILHANDO A EXPERIÊNCIA

5.1 Aprofundando Conhecimentos e Habilidades

Para iniciar nossa prática sentimos a necessidade de resgatar e aprofundar conhecimentos relacionados ao SAPH e à assistência de enfermagem no APH. Da mesma forma, durante o período de estágio foi extremamente importante rever literaturas atuais sobre as principais patologias que ocorreram nos atendimentos e o tratamento voltado para estas situações de emergência/urgência.

Coletamos as literaturas dos últimos cinco anos nas principais bases de dados: Bireme, Capes, Lilacs, Medline, entre outras, que foram acessadas através dos descritores: atendimento pré-hospitalar, enfermagem em SAPH e urgência/emergência. Além disso, literaturas específicas sobre trauma, parada cardio respiratória (PCR), afogamento, queimadura, choque elétrico e emergências clínicas foram resgatadas sempre que necessário. Após as ocorrências, refletir sobre a forma como foi realizado o atendimento e voltar à literatura, trouxe-nos gradativamente maior segurança e autonomia durante a prática assistencial.

Durante o desenvolvimento da atividade prática, tivemos a oportunidade de participar de alguns encontros para formação e atualização das equipes do SAMU, dentre elas destacamos:

- Capacitação realizada pelos enfermeiros para os(as) técnicos(as) de enfermagem e socorristas das Unidades de Suporte Básico do SAMU (USB). A capacitação ocorreu durante duas etapas: aulas teóricas e treinamento. As aulas teóricas foram ministradas sobre as técnicas de enfermagem mais utilizadas no APH (punção venosa, sondagem vesical e nasogástrica e outros), reanimação cardio pulmonar (RCP), crise convulsiva e crise convulsiva, compreendendo uma carga horária de cinco horas, no período matutino. O treinamento ocorreu no período vespertino, tendo quarenta e cinco minutos de duração, onde os profissionais tiveram a oportunidade de realizar o exame físico do paciente, a imobilização

na prancha rígida, rolamento, retirada do paciente vítima de trauma de veículos utilizando o Kendrick Extrication Device (KED), dispositivo móvel utilizado para imobilização e extração de pacientes do veículo e utilização de tala de tração de fêmur (TTF).

- Reunião com todos os profissionais do SAMU, em que foi explicado sobre o método de Sistema de Triagem de Atendimento Rápido ao Trauma (START), com o objetivo de orientá-los quanto ao simulado de acidentes com múltiplas vítimas, previsto para ocorrer como uma ação conjunta com o corpo de bombeiros, polícia, instituições privadas de APH e emergências hospitalares. O método START é utilizado em situações onde a emergência ultrapassa a capacidade de resposta da equipe de socorro. Desta forma, torna-se necessário alocar recursos e hierarquizar o atendimento de vítimas de acordo com um sistema de prioridades, de forma a possibilitar o atendimento e o transporte rápido do maior número possível de vítimas.

- IV Jornada Científica, VI Simpósio de Enfermagem, V Encontro dos Ex-Residentes do Hospital Governador Celso Ramos, realizada nos dias vinte cinco, vinte seis e vinte sete de outubro de 2006, com duração de vinte horas, também nos proporcionou um grande aprendizado sobre assuntos relacionados ao APH. Os temas trabalhados foram APH; cuidados fisioterápicos ao paciente com trauma raqui-medular (TRM); trauma ocular; neurotrauma; monitorização neurológica; analgesia e reposição volêmica no trauma; tecnologia no atendimento ao paciente politraumatizado; infecções, fisioterapia respiratória e nutrição no trauma; Política Nacional de Humanização no SUS; cuidados de enfermagem na aspiração traqueal e cuidados intermediários ao paciente politraumatizado.

Neste evento, os temas foram de encontro à nossa prática porque estavam extremamente relacionados ao APH. Entretanto, apenas duas palestras foram ministradas por enfermeiros, sendo que a enfermagem poderia ter contribuído muito mais na exposição dos temas, principalmente por tratar-se da VI Jornada de Enfermagem do HGCR.

Outro evento que contribuiu muito para que aprofundássemos nossos conhecimentos na área e adquiríssemos novos aprendizados foi a XL Jornada Catarinense de Debates Científicos e Estudos Médicos, realizada no período de vinte a vinte e três de novembro de dois mil e sete. As palestras compreenderam os seguintes assuntos: realidades e desafios no atendimento de emergência no SUS; discussão de casos em emergência/urgência; atendimento pré-hospitalar; cinemática do trauma; toracotomia; manejo do paciente grande queimado; RCP em adultos e crianças; violência contra mulher e a criança; emergências psiquiátricas; diagnóstico e conduta nos casos de insuficiência respiratória; prevenção de

acidentes com criança, conduta e diagnóstico diferencial em pacientes inconscientes e em pacientes com síndromes coronarianas agudas e infectologia em urgência e emergência.

Nossa participação como ouvintes nestes eventos foi de extrema importância, pois nos proporcionaram experiências diferenciadas e contribuíram para nossa prática assistencial, indo além do conhecimento adquirido na graduação. Observar a realidade de outros serviços, permitiu que formássemos uma visão mais ampla do APH, relacionando-o com todo o atendimento do SUS e percebendo a importância do elo existente entre o APH e as emergências hospitalares.

Aprofundar conhecimentos e habilidades também foi possível através da interação com os profissionais do SAMU, que durante todo o período de estágio demonstraram-se disponíveis para a troca de experiências e nos trataram como membros da equipe. Após os atendimentos, diversas vezes tivemos a oportunidade de refletir e discutir pontos positivos e negativos da ocorrência, destacando o quadro clínico do paciente e a melhor forma de abordagem em cada situação, através de um *feed back* com toda a equipe. A visita ao Primeiro Batalhão do Corpo de Bombeiros de Florianópolis também contribuiu para o nosso aprendizado, compreendendo a atuação destes profissionais nos casos de afogamento e a importância de uma ação conjunta com o SAMU.

Estas experiências permitiram que alcançássemos nosso objetivo de ampliar o conhecimento específico na área, realizando um resgate histórico do APH, através das literaturas pertinentes e atuais sobre o assunto. Foi esta base que nos deu maior segurança para os atendimentos. Além disso, conseguimos participar de dois eventos em emergência/urgência e realizar o estágio curricular de duzentos e vinte horas/aula no SAMU-Florianópolis, totalizando noventa e oito atendimentos.

5.2 Conhecendo as ações desenvolvidas pela equipe de SAPH no SAMU, frente às situações de emergência/urgência

Durante a prática assistencial, observamos toda a estrutura física e organização do SAMU e participamos da dinâmica de trabalho da instituição. Foi possível participar da passagem de plantão e realizar tarefas como a checagem de material (check-list), a organização do expurgo, a estocagem e empacotamento de materiais. Além disso, acompanhamos as USAs em diversas ocorrências, observando o que ocorre desde a solicitação de atendimento, através da central de regulação, até o acionamento e envio das USAs.

Os profissionais do SAMU trabalham em plantões de doze horas e, quando cada profissional chega na base, inicia-se a passagem de plantão. Neste momento, é fundamental transmitir ao profissional que iniciará o plantão, quais as atuais condições da unidade móvel que ele irá assumir. Desta forma, informações como a falta de algum material na USA ou materiais colocados no expurgo, as condições de funcionamento dos aparelhos, a necessidade de reposição de oxigênio, combustível, bateria ou qualquer material no estoque devem ser informadas, permitindo que a próxima equipe inicie o plantão com segurança.

Após a passagem de plantão, cada equipe é responsável pelo *check list*, ou seja, checagem e conferência de todos os materiais contidos nas USAs, seguindo a lista básica preconizada pela comissão técnica do SAMU, em 06 de julho 2006. Toda a equipe é responsável por esta atividade, que tem como objetivo manter a unidade sempre equipada e abastecida para todo tipo de ocorrência. Todos os equipamentos como *lif pack* (contendo desfibrilador externo automático, oxímetro, eletrodos e visor para monitorização cardíaca e esfigmomanômetro acoplados), torpedos de oxigênio, aparelho de respiração pulmonar mecânico e bomba de seringa devem ser testados e ter a sua integridade funcional avaliada. Uma quantidade fixa de cada material deve ser mantida na unidade, para estoque (anexo H), e nas mochilas, para serem usadas no atendimento. As mochilas contém compartimentos necessários para manter a organização e segurança dos materiais durante o transporte e manuseio, sendo divididas em quatro cores (anexo G).

1) Mochila azul: contém todos os materiais relacionados às vias aéreas.



2) Mochila vermelha: contém todos os materiais necessários à punção venosa periférica e central, fluidoterapia e verificação dos sinais vitais.



3) Mochila alaranjada: contém materiais necessário nos atendimentos a pacientes vítimas de trauma.



4) Mochila verde: contém todos os medicamentos preconizados pela lista básica, que devem ter a validade conferida no primeiro dia de cada mês pelo enfermeiro do plantão diurno.



A reposição das mochilas deve ser realizada após cada atendimento, utilizando o material em estoque na unidade, permitindo que estejam sempre completas. Só pode existir a falta de algum material nas mochilas, quando este também estiver em falta no almoxarifado da instituição. Todo o material do estoque da unidade, gasto em cada atendimento, deve ser anotado na folha de gastos (anexo J) para ser repostado posteriormente pelas equipes do plantão diurno.

Toda esta organização é necessária para que o atendimento à população ocorra da forma mais rápida e eficiente possível, desde a chamada do solicitante até a chegada da unidade móvel no local de atendimento. Quando a central de regulação recebe uma chamada pelo número 192, o Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM) identifica o motivo do chamado, localiza e registra o endereço. Em seguida, a ligação é repassada ao Médico Regulador, que através da anamnese levanta uma hipótese diagnóstica sindrômica e classifica o grau de urgência, decidindo pelo melhor tipo de resposta de acordo com cada caso. Quando não há necessidade de enviar uma USA, o paciente pode ser orientado pela telemedicina: técnica de medicina à distância onde a arte médica é aplicada através do diagnóstico, tratamento e educação sobre saúde sem necessidade da proximidade física. Desta forma, o médico orienta o paciente ou o solicitante a iniciar os cuidados necessários ou procurar a instituição mais adequada por meios próprios. Entretanto, quando o envio da unidade móvel se faz necessário, o médico regulador classifica o chamado da seguinte maneira:

1) Código 1: Emergências, onde o atendimento é realizado com prioridade máxima e a unidade tem até trinta segundos para iniciar o deslocamento. A ambulância se desloca rapidamente com iluminação vermelha intermitente, giroflex e sirenes ligados. Nestes casos, é permitido a passagem nos cruzamentos, mesmo quando o semáforo indica sinal vermelho. Entretanto, exige-se discernimento do motorista para que os cuidados de segurança sejam sempre mantidos.

2) Código 2: Urgências, onde o atendimento é realizado com prioridade média e a unidade tem até sessenta segundos para iniciar o deslocamento. A ambulância se desloca com iluminação vermelho intermitente e giroflex ligado, em deslocamento normal, obedecendo as normas do Código Nacional de Trânsito.

3) Código 3: Transporte e transferência inter-hospitalar, onde o atendimento é realizado com prioridade média e o tempo máximo para iniciar o deslocamento da unidade é determinado pelo médico regulador. A ambulância se desloca com iluminação vermelho intermitente e

giroflex ligado, em deslocamento normal, obedecendo as normas do Código Nacional de Trânsito.

Após classificar o chamado, o médico regulador entra em contato com o radio-operador de frota, para que o mesmo possa despachar a unidade mais próxima e adequada ao evento e informar à equipe alguns dados necessários ao atendimento. Após o deslocamento da unidade, toda a comunicação entre a equipe da USA e a regulação é realizada através de códigos específicos (Anexo L).

No local do chamado, a equipe realiza o atendimento ao paciente e, juntamente com o médico regulador, avalia a necessidade ou não de encaminhamento para a instituição de saúde. Nos casos em que há necessidade de encaminhamento, o médico regulador é o responsável por entrar em contato com a instituição mais apropriada para cada caso, solicitando vaga e transmitindo para a equipe da USA o nome da instituição e do médico que receberá o paciente.

Para que esta ligação, entre a equipe de atendimento e a central de regulação ocorra de forma eficiente, existe uma equipe formada por dois médicos reguladores, um TARM e um rádio-operador em cada plantão, noturno/diurno.

A central de regulação possui diversos protocolos para subsidiar o atendimento, que apresentam a melhor forma de abordar o solicitante, a decisão técnica conforme o tipo de ocorrência, orientações necessárias e uma grade de referência para a busca pelo serviço mais adequado. Contudo, ainda não há protocolos estabelecidos para os atendimentos, bem como normas ou rotinas da instituição.

Após cada atendimento, todo material que retorna sujo ou contaminado deve ter o seu destino próprio, dependendo do tipo de material. O SAMU-Florianópolis não possui Centro de Esterilização e processamento de artigos próprio. Desta forma, os materiais utilizados numa ocorrência que retornam sujos ou contaminados são limpos através do processo manual, realizado através da fricção com escovas e, se necessário, são imersos em água com detergente. Materiais como a aranha da maca rígida, o colar cervical ou coxim, quando empregnados com sangue, são lavados primeiramente com água oxigenada para facilitar a remoção. Após a limpeza inicial e enxágüe, os artigos críticos e semi-críticos são colocados para a realização do processo de desinfecção de nível alto ou intermediário. A desinfecção de nível intermediário é realizada através da imersão do material numa solução contendo um litro de hipoclorito a 1% com um litro de água, com validade de 24 horas. O tempo mínimo necessário para uma desinfecção efetiva é de aproximadamente 30 minutos. Já a desinfecção

de alto nível é realizada com solução de glutaraldeído, que é colocado em um recipiente fechado de plástico, já determinado no expurgo, permanecendo os materiais por no mínimo quarenta minutos. Após este tempo, os artigos são retirados da solução, novamente enxaguados em água corrente não esterilizada e colocados para secar em um pano sobre uma mesa, dentro do expurgo. Cada solução de glutaraldeído preparada tem a validade de quatorze dias, desta forma, a tampa do recipiente é devidamente identificada com a data de vencimento e o nome do funcionário que colocou a solução.

Não existe um profissional contratado para efetuar o serviço de limpeza, sendo cada enfermeiro o responsável pela limpeza e desinfecção dos materiais de sua USA. Após o término do atendimento, ao chegar na base, o enfermeiro da unidade móvel despreza os materiais contaminados e pérfuro-cortantes e realiza a limpeza dos demais materiais, bem como a organização da unidade.

Os materiais que necessitam de esterilização, são encaminhados ao Centro de Material Esterilização (CME) do Hospital Nereu Ramos ou para CME da Policlínica de Referência Regional, que esteriliza materiais como gaze e compressas. O SAMU é o responsável por pegar novamente este material após o processo de esterilização. Já o empacotamento dos materiais é realizado na sala de reunião do SAMU, sobre uma mesa, sendo que este procedimento é feito pelos enfermeiros de plantão, com auxílio das técnicas (os) de enfermagem que atuam como TARMs durante suas horas-plantão (“hora extra”). A embalagem utilizada para o acondicionamento e esterilização é o papel crepado, e a fita termosensível para a parte externa da embalagem, que é identificada com a data de vencimento e como sendo o material do SAMU. Os estoques dos materiais limpos, desinfetados, artigos a serem esterilizados e os já reprocessados ficam na mesma sala de reunião, armazenados em armários fechados com prateleiras de madeira.

O serviço de lavanderia é realizado diariamente na Policlínica Regional, sendo que levar e pegar as roupas é responsabilidade dos enfermeiros do plantão diurno. A limpeza da USA, realizada com detergente e água corrente, é de responsabilidade do socorrista.

Ao final de cada plantão, os membros da equipe registram no livro de ocorrências da sua categoria todas as informações relacionadas ao funcionamento da unidade, como a falta de materiais, o número de atendimentos realizados ou qualquer dado importante ou necessário para o próximo plantão.

Durante nossa prática assistencial foi possível conhecer a função de cada profissional, a estrutura do serviço e a dinâmica dos atendimentos no SAMU, o que nos proporcionou uma

visão integral de um SAPH. Desta forma, observamos a necessidade de aperfeiçoar continuamente este tipo de serviço, através da construção de protocolos específicos para os atendimentos e normas e rotinas para a instituição, bem como adequação da infra-estrutura e capacitação dos profissionais.

A limpeza dos materiais deve ser realizada de forma segura e criteriosa, visando a segurança e eficiência dos atendimentos. Percebemos que o expurgo do SAMU é inapropriado, tanto no que diz respeito ao espaço físico quanto o tempo de exposição dos artigos na solução de glutaraldeído, já que em diversas vezes, por falta de materiais para serem substituídos nas USAs, o material fica na solução um tempo inferior do que o recomendado. Outro aspecto importante detectado no expurgo é a falta de um local adequado para a secagem dos materiais limpos e desinfetados, que geralmente permanecem em um local úmido e por tempo excessivo, já que o expurgo possui infiltração de água quando chove e o pano que fica sobre a mesa permanece constantemente molhado, favorecendo a proliferação microbiana. Sendo assim, torna-se extremamente essencial a reestruturação e manutenção do expurgo, adequando-o às exigências técnicas da OMS.

Estas observações foram discutidas e analisadas com nossas supervisoras, que nos informaram sobre a existência de um projeto para reformar o expurgo, conforme as orientações da OMS.

5.3 Assistindo ao paciente no SAMU.

Para iniciar nossa prática assistencial confeccionamos um instrumento para o registro das ocorrências, pois percebemos a importância de documentar todo atendimento realizado e utilizar as fichas sempre que necessário, seja para ter um perfil da população atendida ou para embasar legalmente a assistência realizada. Já nos primeiros atendimentos, utilizamos o instrumento (apêndice B) para observar sua viabilidade no SAPH. Devido à necessidade de agilidade do atendimento, realizamos algumas alterações para tornar a ficha mais objetiva e adaptada às situações de emergência/ urgência (apêndice C). Para estas alterações, utilizamos como referência a ficha de atendimento do SAMU.

No primeiro dia de estágio conhecemos a estrutura da base de Florianópolis, onde realizamos nossa prática assistencial e as USAs. Conversamos com a coordenadora de enfermagem da instituição, que explicou sobre o funcionamento do serviço. Nesta ocasião, apresentamos os objetivos do nosso trabalho de conclusão de curso e pedimos autorização para realizar atividades de educação continuada com os funcionários.

Dividimos a carga horária da nossa prática assistencial em plantões de doze horas, de acordo com as escalas de nossas supervisoras. Conforme nossa possibilidade de horários, confeccionamos uma escala que permitisse a cada uma de nós cumprir a carga horária obrigatória do estágio da oitava unidade curricular, e ainda realizar um estágio extracurricular durante o período da prática assistencial, compreendido entre seis de outubro e oito de dezembro. Em cada USA, apenas uma acadêmica acompanhou a equipe do plantão nos atendimentos, devido ao espaço físico da unidade móvel. No decorrer do estágio, uma das três USAs ficou inativada por problemas mecânicos e, desta forma, foi possível realizar o estágio em, no máximo, duas acadêmicas por plantão. Nos plantões realizados por apenas uma de nós, tivemos a oportunidade de sair em todos os atendimentos, desde que com a permissão da nossa supervisora e autorização e supervisão da enfermeira da outra unidade. A maioria de nossos plantões foram realizados durante os plantões noturnos, considerando que três das quatro supervisoras trabalham neste período.

Em todas as ocorrências, procuramos conduzir a assistência de enfermagem baseadas no referencial teórico de Wanda Aguiar Horta. Inicialmente, a prioridade foi coletar os dados sobre o paciente, necessários para constituir o primeiro passo da metodologia de Horta, o histórico de enfermagem. Estes dados foram coletados através da avaliação primária e secundária do paciente, seguindo um roteiro completo e sistematizado de avaliação (ABCDE). A partir dos dados colhidos, foi possível selecionar na ficha de atendimento construída, os diagnósticos de enfermagem identificados observando as NHBs afetadas que necessitavam de assistência imediata. O plano e a prescrição de enfermagem era realizada no decorrer da assistência, buscando solucionar as principais necessidades do paciente. Após estabilizar as NHBs essenciais para a manutenção da vida, o paciente era encaminhado conforme a orientação da regulação do SAMU e, neste momento, já era possível avaliar seu estado atual. Ao chegar na instituição à qual o paciente foi encaminhado, observamos a necessidade e importância de transmitir à enfermeira de plantão sua evolução, relatando seu estado inicial e sua resposta ao tratamento.

Para não comprometer a assistência, o preenchimento da ficha de atendimento ocorreu sempre ao retornarmos para a base. Em diversas situações, não conseguimos realizar a avaliação secundária do paciente, pois o tempo para chegar no hospital era visto como prioridade pela equipe.

Em cada dia de estágio, após a passagem de plantão realizávamos o check-list e conferíamos o funcionamento de todos os equipamentos contidos na unidade, juntamente com

a supervisora e, algumas vezes, contando com a participação do socorrista e do médico da equipe. Algumas vezes, também foi preciso conferir e organizar o material contido no expurgo, realizando a limpeza, secagem, empacotamento e armazenamento para que nada faltasse durante a ocorrência.

5.3.1 Conhecendo a população atendida

Das ocorrências atendidas pelo SAMU durante o período de estágio, atuamos em 98 atendimentos, realizando assistência direta e integral ao paciente. A diversidade de atendimentos pode ser observada no quadro 10:

Quadro 10: Classificação dos atendimentos no SAMU, realizados durante nossa prática assistencial, segundo tipo e número de ocorrências.

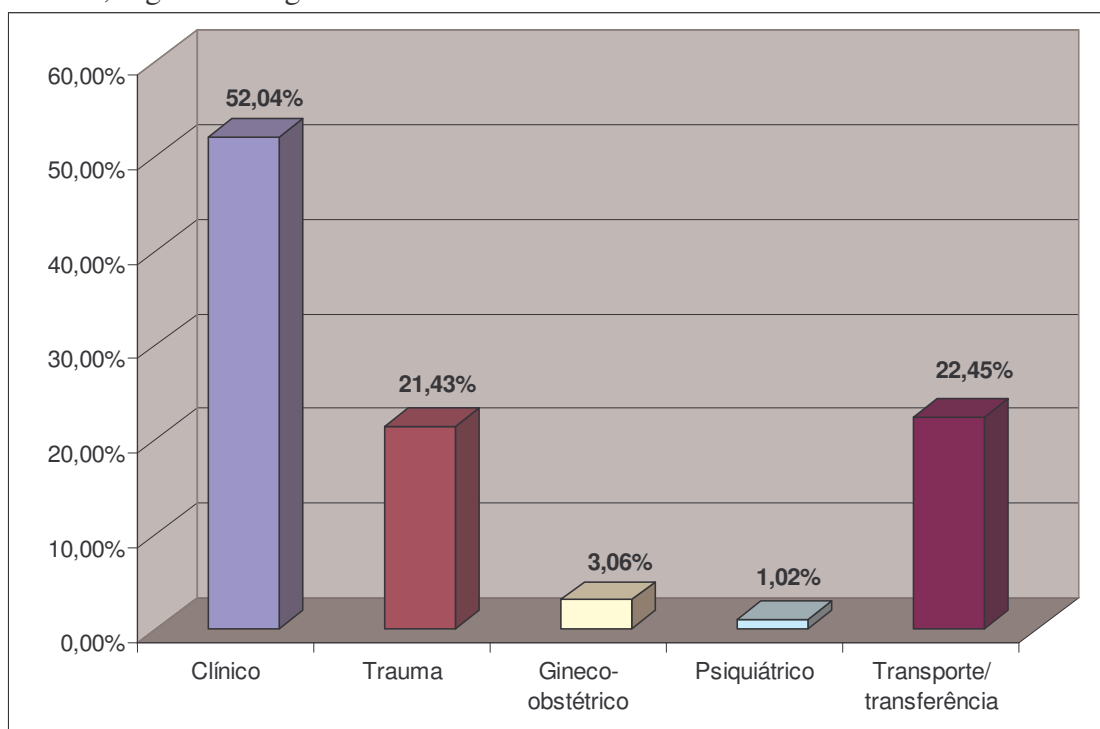
Ocorrência	Número	Percentual (%)
Acidente de carro	05	4,99
Acidente de moto	06	5,88
Acidente vascular cerebral	01	0,98
Arritmia cardíaca	05	4,99
Atropelamento	02	1,92
Crise asmática	04	3,92
Crise de ansiedade	02	1,92
Crise conversiva	03	3,92
Crise convulsiva	06	5,88
Crise de abstinência alcoólica	01	0,98
Crise hipertensiva	05	0,98
Constatação de óbito	02	4,99
Deiscência de sutura	01	1,92
Doença pulmonar obstrutiva crônica	03	3,92
Dor abdominal; Vômito	01	0,98
Dor precordial	03	2,92
Esclerose Lateral Amiotrófica	01	0,98
Exame de tomografia computadorizada	08	7,84
Exame de ECO	01	0,98
Hemorragia esofágica	02	1,92
Hiperglicemia	01	0,98
Hipoglicemia	03	2,92
Infecção urinária	01	0,98
Intoxicação	01	0,98
Lesões corporais	01	0,98
Luxação de joelho	01	0,98
Parto	01	0,98
Pré-Eclâmpsia	01	0,98
Queda de altura	03	3,92
Queda devido à ingestão abusiva do álcool	01	0,98
Síncope	04	3,92
Trabalho de parto	01	0,98
Transferência hospitalar	13	12,73
Trauma penetrante com arma branca	01	0,98
Trauma penetrante por arma de fogo	01	0,98
Tentativa de suicídio por ingestão de medicamento	02	1,92
Total	98	100

Observamos a grande diversidade de patologias nos atendimentos realizados pelo SAMU. Além disso, fica evidente o grande número de transportes inter-hospitalares que necessitam de uma UTI móvel, tanto para a realização de exames como para transferências inter-hospitalares.

Conforme a tabela acima, percebemos que muitos atendimentos não se enquadram no conceito de emergência/urgência e, desta forma, não necessitariam da disponibilização de uma unidade de suporte avançado. São casos que poderiam ser resolvidos em unidades locais de saúde, ou com o envio de uma UBS.

As ocorrências foram classificadas em cinco categorias: clínica; traumática; gineco-obstétrica; psiquiátrica; transporte/ transferência, que podem ser observadas no gráfico abaixo:

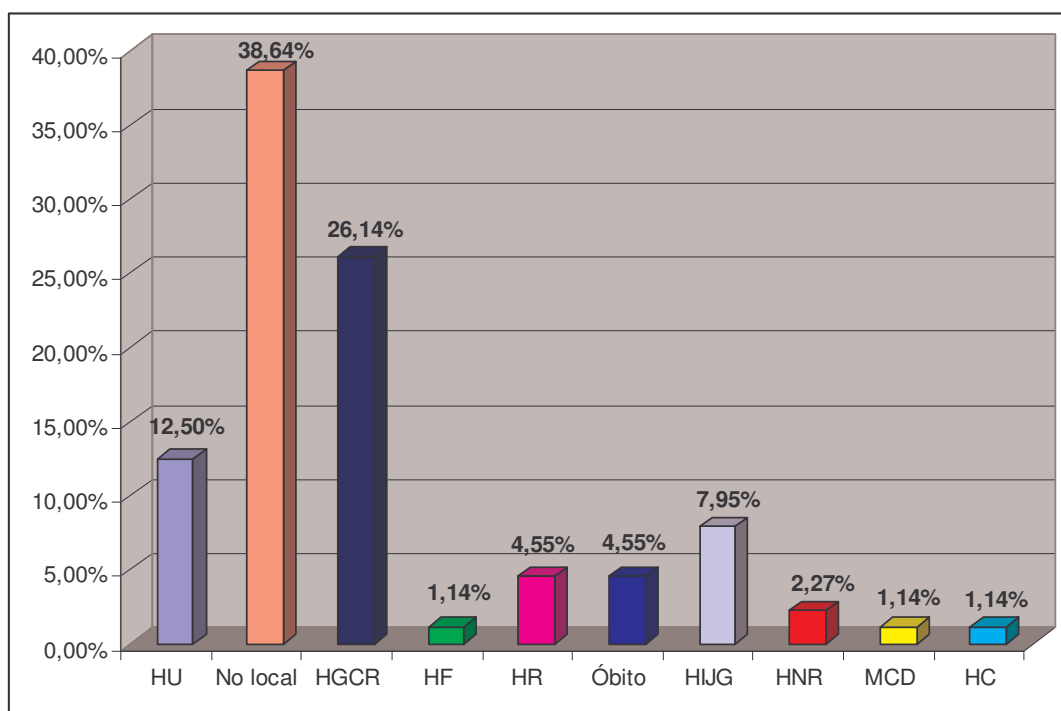
Gráfico 1: Classificação das ocorrências realizadas no SAMU, durante nossa prática assistencial, segundo categoria.



Os atendimentos realizados no SAMU durante nossa prática assistencial foram predominantemente de natureza clínica (52,04%), seguido dos transportes/ transferências (22,45%). Estes dados refletem a realidade do SAMU - Florianópolis, onde a predominância das emergências clínicas pode estar relacionada com o fato de ser este o único SAPH público, que atende emergências clínicas com uma equipe de profissionais especializada. O grande número de transportes e transferências deve-se, provavelmente, à necessidade dos hospitais de

transferir pacientes para outras instituições e transportar pacientes graves para a realização de exames, como ressonância magnética e tomografia computadorizada. Com a inserção da UTI móvel pelo Estado, os hospitais não precisam mais deslocar seus profissionais para este tipo de serviço. A diferença entre o número de emergências clínicas e traumáticas (21,43%) atendidas pode estar relacionada com a existência do trabalho realizado pelo Corpo de Bombeiros, que também atende emergências de origem traumática e possui um maior número de unidades distribuídas pela Grande Florianópolis. Além disso, nossa prática assistencial não incluiu a USA-03, localizada em São José, que atende um grande número de traumas devido à proximidade com a rodovia BR 101. Outros tipos de ocorrência também ocorreram durante nossa prática assistencial, porém em menor escala, como emergências gineco-obstétricas (3,06%) e emergências psiquiátricas (1,02%).

Gráfico 2: Encaminhamento pós-atendimento das ocorrências realizadas durante a prática assistencial.



A maior parte dos pacientes atendidos (38,64%) pelo SAMU permanece em seu domicílio ou no local da ocorrência após o atendimento. Este fato pode estar associado à resolubilidade do serviço, garantindo que o paciente não precise ser levado às emergências intra-hospitalares, já que o SAMU conta com um médico e um enfermeiro na equipe e toda estrutura de uma UTI móvel. Além disso, esta característica pode contribuir para a diminuição da superlotação nas emergências hospitalares. O grande número de pacientes que

permanecem em casa após o atendimento, também é um possível indicativo de que as USAs são enviadas para diversas ocorrências onde não há risco iminente à vida, ou seja, são situações em que uma USB estaria capacitada para resolver o problema; situações de doença crônica, onde o mais adequado seria o paciente procurar uma unidade local de saúde; ou situações em que o paciente teria condições de dirigir-se até o hospital por meios próprios.

O hospital que mais recebeu pacientes atendidos pelo SAMU (26,14%) foi o Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), seguido pelo Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago (HU), com 12,50% e pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), com 7,95% dos encaminhamentos. Este número está provavelmente relacionado com as características e estrutura-física dos hospitais. O HGCR é o maior hospital de Florianópolis, sendo referência para trauma e neurologia, além de possuir uma UTI com quatorze leitos e tecnologia avançada. O Hospital também conta com um tomógrafo, que provavelmente contribui para o grande número de transferências de pacientes graves. O HU é referência para diversas patologias clínicas complexas e, considerando que 52,04% dos nossos atendimentos foram de natureza clínica, também recebeu grande parte de pacientes neste período. O HIJG é o hospital infantil de referência estadual e, desta forma, recebeu todos os encaminhamentos de pacientes com zero a quatorze anos realizados durante nossa prática assistencial.

Alguns encaminhamentos foram realizados para outras instituições hospitalares, porém em menor número: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes - HR (4,55%), Hospital Nereu Ramos - HNR (2,27%), Hospital Florianópolis - HF (1,14%), Maternidade Carmela Dutra - MCD (1,14%) e Hospital de Caridade Irmandade Senhor Jesus dos Passos - HC (1,14%).

Durante o período de estágio, duas acadêmicas vivenciaram o cuidado em situação de morte iminente (4,55%), pois a equipe foi acionada para constatar três óbitos e uma paciente foi a óbito durante o atendimento.

Com relação ao perfil da população atendida, durante nossa prática assistencial, percebemos que o SAMU atende um grande número de pessoas de meia-idade e idosos, conforme observamos no quadro 11.

Quadro 11: Classificação da população atendida no SAMU, nos plantões realizados durante nossa prática assistencial, segundo idade e sexo.

SEXO IDADE	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
0 - 10	03	05	08
10 - 20	03	04	7
20 - 30	10	05	15
30 - 40	08	08	16
40 - 50	08	12	20
50 - 60	05	10	15
> 60	09	08	17
TOTAL	46	52	98

Dos 98 pacientes atendidos, 17 possuíam mais de 60 anos, 15 possuíam idade entre 50 e 60 anos, 20 entre 40 e 50 anos e 16 entre 30 e 40 anos, característica esta que possivelmente está relacionada ao grande número de patologias clínicas cujos sinais e sintomas costumam aparecer nesta população, como incontinência urinária, problemas circulatórios e principalmente respiratórios, osteoporose, hipertensão arterial, entre outros. Além disso, realizar um tratamento contínuo, procurar uma ULS ou solicitar ajuda para chegar ao hospital torna-se ainda mais difícil para pacientes idosos.

Um número considerável de pacientes (15) encontrava-se na faixa etária compreendida entre 20 e 30 anos, o que pode estar relacionado com o risco de traumas provocados por acidentes de trânsito e o fato de ser um a idade produtiva, onde a maioria das pessoas está “correndo” pelas oportunidades de crescimento profissional, expondo-se mais. Consideramos pequena a diferença entre o número de homens e mulheres atendidos, sendo que o número de atendimentos realizados a pacientes do sexo masculino pode estar relacionado à maior exposição aos meios de transporte e ao fato de geralmente não terem menos preocupação com a saúde e a prevenção de doenças que as mulheres, através de exames periódicos e acompanhamento médico.

Além de conhecer a população atendida, durante os 98 atendimentos que realizamos junto com as equipes do SAMU, também foi possível perceber as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais, tais como: a grande rotatividade dos profissionais nas equipes, dificultando a integração durante os atendimentos; ausência de um profissional da

enfermagem para trabalhar exclusivamente no expurgo e empacotamento e armazenamento dos materiais, além da reestruturação do expurgo conforme as exigências da OMS ; o estresse gerado no momento do acionamento da USA e no trajeto, pela impossibilidade de prever a situação de emergência/urgência ou pela falta de informações precisas transmitidas pela regulação sobre o local da ocorrência; a dificuldade em mobilizar toda a equipe para realizar o check list e a organização da ambulância, sobrecarregando muitas vezes o enfermeiro; a falta de atividades de educação continuada e capacitação profissional na profissão, principalmente sobre assuntos específicos do APH; a falta de integração entre o SAMU e o Corpo de Bombeiros; a recepção inadequada de alguns profissionais das emergências hospitalares, ao receber o paciente encaminhado; a falta de compreensão da população quanto à finalidade do serviço, gerando conflitos durante a regulação e o próprio atendimento; a falta de infraestrutura da base, principalmente de estacionamento para os funcionários; e a ausência de protocolos para os atendimentos, impedindo a padronização dos procedimentos a serem realizados.

Para compartilhar um pouco da nossa experiência no SAMU, selecionamos algumas ocorrências, que refletem nossa vivência durante a prática assistencial:

Ocorrência nº 1: acadêmica Karina

No dia treze de novembro de 2006, por volta das 13:00 h., a USA-01 foi acionada em código 1, para dar suporte para o Corpo de Bombeiros, que estava atendendo um atropelamento em frente à clínica Santa Helena. Ao chegar no local da ocorrência, constatamos que a paciente havia sido encaminhada para a clínica, onde a equipe, com aproximadamente nove profissionais, já havia realizado os procedimentos essenciais para a manutenção da vida, tais como: intubação orotraqueal, manutenção da ventilação através do dispositivo com bolsa com reservatório e válvula unidirectional, (ambú) de demanda de oxigênio de controle manual, com 15 litros por minuto. A paciente teve uma PCR e a equipe havia reanimado com sucesso e puncionado um acesso venoso periférico com cateter intravenoso número 16, para reposição volêmica com ringer, soro fisiológico e administração de medicação. No primeiro instante, nossa equipe coletou informações do que havia ocorrido com a paciente, e os profissionais prontamente contaram o que aconteceu. I. M.P, de 28 anos, havia ido à clínica para marcar uma consulta de emergência juntamente com seu marido. Ainda na recepção, os dois começaram a discutir e se deslocaram para o carro. O marido da paciente não permitiu que ela entrasse no carro e atropelou sua esposa, esmagando-a contra um muro. Os dois filhos de I.M.P estavam dentro do veículo no momento do atropelamento.

A equipe de saúde da clínica, juntamente com a nossa equipe, decidiram transportar a paciente rapidamente para o hospital, pois a mesma estava com traumatismo crânio encefálico (TCE) grave e muita perda de sangue e líquido céfalo-raquidiano, devido à secção do crânio da região frontal a occipital, com aproximadamente 8 cm de profundidade e do afundamento da face. Antes de colocar a paciente na maca do SAMU, fizemos curativo compressivo na lesão do crânio e fixamos o tubo orotraqueal. Quando fomos passar a paciente para a maca perdemos o único acesso venoso que ela possuía. Durante o transporte para o Hospital Geral Governador Celso Ramos, a paciente estava com monitorização cardíaca e ventilação assistida com ambú, realizada pelo médico. No decorrer do trajeto teve uma PCR em assistolia, evidenciada pelo traçado cardíaco, onde administramos adrenalina e atropina via tubo. Logo em seguida chegamos ao hospital e a equipe já estava prontamente esperando, pois a central de regulação do SAMU fez contato previamente solicitando encaminhamento. Na sala de reanimação do hospital a equipe constatou o óbito. A ocorrência virou notícia através dos meios de comunicação, via rádio, televisão e jornais.



Foto publicada pelo jornal Hora de Santa Catarina, 15/11/2006.



Socorro chegou rápido e Yara foi levada para o hospital, mas não resistiu às lesões

Foto publicada pelo jornal Patrulha, 14/11/2006.

Aplicando o Processo de Enfermagem, adaptado de Wanda A. Horta:

Histórico:

Identificação: Y.M.P.S; idade: 28 anos; sexo: feminino.

Avaliação Primária

- **Abertura das vias aéreas:** obstruída
- **Respiração:** Ventilação assistida
- **Circulação:** presença de hemorragias externas e perda de líquido céfalo-raquidiano, devido a secção do crânio, levando conseqüentemente a choque hipovolêmico.
- **Neurológico:** Glasgow 3; pupilas com midríase; déficit sensitivo e motor

Sinais vitais:

Horário	13:10	13:25	13:35
PA (mmHg)	----	----	----
FR (mpm)	45	60	
FC (bpm)	111	128	0
T (° C)	---	---	---
EID	---	---	---
Sat O ₂ (%)	---	---	---
Hgt	---	---	---

Diagnóstico de enfermagem: padrão respiratório ineficaz; incapacidade para manter respiração espontânea; desobstrução ineficaz das vias aéreas; alteração na perfusão tissular; Déficit no volume de líquidos; risco para desequilíbrio dos fluidos corporais; integridade da pele prejudicada; mobilidade física prejudicada; risco para infecção; trauma; risco para aspiração; comunicação prejudicada e lesão.

Plano de cuidados de enfermagem: realizado curativo compressivo na lesão do crânio; fixado o tubo orotraqueal; monitorado constantemente os sinais vitais; detectado PCR no decorrer do trajeto.

Evolução: paciente inicialmente com sinais de choque hipovolêmico, com muita perda sanguínea. Realizado intubação orotraqueal e ventilação assistida com ambú; perdido acesso venoso periférico durante o transporte. No decorrer do trajeto para o hospital, apresentou uma PCR em assistolia, evidenciada pelo traçado cardíaco, onde foi administrado adrenalina e atropina via tubo, sem resposta.

Ocorrência nº 2: acadêmica Karina

No dia primeiro de dezembro de 2006, por volta das 18:00h., a USA-01 foi acionada em código 1, no Bairro Carianos. O QRL: paciente de sexo feminino, 31 anos, que caiu de uma queda de altura de aproximadamente 2 metros. Ao chegar no local, providenciamos os principais materiais e mochilas que provavelmente iríamos precisar como: maca rígida, colar cervical, mochila laranja, verde e vermelha. O local da queda foi indicado pelos familiares. Havia pouco espaço físico para o atendimento e a paciente encontrava-se na mesma posição de quando caiu do telhado, rodeada de pessoa. Nossa preocupação inicial era verificar se a paciente estava consciente, quando nos aproximamos, ela rapidamente começou a chorar, solicitando ajuda para poder sair daquela posição. O passo seguinte foi tentar acalmá-la, nos identificando como profissionais da área da saúde qualificados para tal atuação. Iniciamos a imobilização primeiramente pela estabilização manual da cabeça, realizada pelo socorrista. Após este procedimento, realizamos o rolamento em bloco para retirar a paciente do decúbito ventral e colocá-la em decúbito dorsal. Colocamos o colar cervical no pescoço e, devido a falta de espaço físico, tivemos que suspendê-la para colocá-la sobre a maca rígida. Após a fixação na maca com os coxins e a tira-aranha, conduzimos a paciente até a USA para melhor avaliação. Dentro da unidade, realizamos o exame secundário e identificamos um hematoma moderado na região occipital e uma fratura no segundo quirodactilo esquerdo. Imobilizamos a

fratura e realizamos a limpeza das escoriações no MID, com gaze e soro fisiológico. Puncionamos um acesso venoso periférico em MSD, com cateter intra-venoso número 14 e administramos medicação analgésica (tilatil 40mg.). O acesso venoso foi mantido com soro fisiológico. Seus sinais vitais eram: frequência respiratória de 16 movimentos por minuto; frequência cardíaca de 62 batimentos por minuto; pressão arterial de 120x80 mmHg; temperatura de 36,5° C; escala de intensidade da dor de 5 pontos. A paciente foi encaminhada ao HGCR para observação e realização de exames, como RX, para descartar a hipótese de lesão medular.

Aplicando o Processo de Enfermagem, adaptado de Wanda A. Horta:

Histórico:

Identificação: P.V.; idade: 31 anos; sexo: feminino.

Avaliação Primária

- **Abertura das vias aéreas:** normal
- **Respiração:** normal
- **Circulação:** normal .
- **Neurológico:** Glasgow 15; pupilas isocóricas e reagentes.

Sinais vitais:

Horário	18:35	18:40
PA (mmHg)	120/80mmHg	100/70 mmHg
FR (mpm)	16	18
FC (bpm)	62	68
T (° C)	36,5° C	---
EID	5	5
Sat O₂ (%)	94	98
Hgt	---	---

Avaliação secundária: identificamos um hematoma moderado na região occipital, fratura no segundo quirodactilo esquerdo e escoriações no MID.

Diagnóstico de enfermagem: integridade da pele prejudicada; mobilidade física prejudicada; risco para infecção; risco para trauma; ansiedade; medo; risco para lesão.

Plano de cuidados de enfermagem: realizado curativos nas fraturas em MSE e no segundo quirodactilo esquerdo e imobilização da paciente na maca rígida; realizado a limpeza das escoriações no MID, com gaze e soro fisiológico. Puncionado acesso venoso periférico em MSD, com cateter intra-venoso número 14 e administrado medicação analgésica (tilatil 40mg.). Conversado com a paciente sobre seu estado, para diminuir seu medo e ansiedade.

Evolução: paciente inicialmente muito nervosa e ansiosa, acalmando-se ao longo do atendimento. Sinais vitais estáveis. Referiu dor na perna e na cabeça. Apresenta hematoma moderado na região occipital, fratura no segundo quirodactilo esquerdo e escoriações no MID. Necessita de observação devido ao hematoma e RX para descartar a hipótese de lesão medular.

Ocorrência nº 3: acadêmica Juliana

Às 21:30h. do dia três de novembro de dois mil e seis, a USA 04 foi acionada em código 1 para atender uma gestante que encontrava-se em sua residência, em possível trabalho de parto. Segundos depois, a regulação informou que a gestante já estava a caminho da maternidade, cancelando o chamado. Entretanto, às 21:40h., fomos informados que o carro com a solicitante estaria aguardando nossa equipe embaixo do viaduto do bairro Monte Verde, pois a mesma sentia fortes dores e acreditava não conseguir chegar ao hospital a tempo de realizar o parto. Ao chegar no local informado, encontramos A.J.L., de trinta e seis anos, seu companheiro e um vizinho que havia se disponibilizado a levá-la ao hospital. A.J.L era Gesta IV, pára IV, encontrava-se com trinta e nove semanas de gestação e apresentava os seguintes sinais e sintomas: taquipnéia (FR = 26mpm), taquicardia (FC = 110bpm), sudorese intensa, contrações uterinas regulares, dor persistente na região lombar, agitação, BCF = 120bpm e PA= 140x85mmHg. Transferimos a paciente e o acompanhante para a USA e seguimos em código 1 para o Hospital Universitário. Durante todo o caminho, A.J.L referia fortes dores nas regiões lombar e perineal, contrações intensas e prolongadas e não conseguia encontrar posição confortável dentro da unidade. Questionada pela enfermeira, a paciente afirmou sentir vontade de fazer força e empurrar, o que foi o suficiente para visualizarmos o abaulamento do períneo, a protrusão do ânus, o apagamento dos grandes lábios e dilatação da vulva, iniciando a apresentação do feto. Desta forma, o motorista estacionou a unidade no acostamento e, com auxílio do médico, da enfermeira, que era especialista em obstetrícia, e da acadêmica, o parto foi realizado sem qualquer intercorrência, utilizando apenas o Kit parto presente na USA. O RN foi aspirado pelo médico logo ao nascer, retirando o excesso de secreção oral e nasal. A

enfermeira preparou o RN para que ficasse o mais próximo possível da mãe, na tentativa de estimular a amamentação precoce. Verificamos o bem-estar de A.J.L. e estimulamos o pai a participar de todo o processo. Em seguida, seguimos para o Hospital Universitário, onde a paciente foi recebida na emergência e logo transferida para a maternidade para realizar a dequitação, enquanto o RN recebia os primeiros cuidados.

Aplicando o Processo de Enfermagem, adaptado de Wanda A. Horta:

Histórico:

Identificação: A.J.L.; 36 anos; sexo feminino; gesta IV, pára IV, com 39 semanas de gestação.

- **Abertura das vias aéreas:** normal.
- **Respiração:** taquipnéia.
- **Circulação:** taquicardia.
- **Neurológico:** normal.

Sinais vitais:

Horário	21:55
PA (mmHg)	140/85
FR (mpm)	26
FC (bpm)	110
T (° C)	---
EID	---
Sat O₂ (%)	---
Hgt	---
BCF	120bpm

Avaliação secundária: paciente apresentando sudorese intensa, contrações uterinas regulares, dor persistente na região lombar, agitação e ansiedade.

Diagnóstico de enfermagem: padrão respiratório ineficaz; mobilidade física prejudicada, risco para infecção, ansiedade, déficit de conhecimento.

Plano de cuidados de enfermagem: paciente e acompanhante encaminhados para dentro da USA. Verificados sinais vitais da gestante, presença de contrações uterinas e BCF. Realizado parto normal, sem intercorrências. Cordão umbilical clampeado e cortado pela enfermeira. Estimulado amamentação precoce e aproximação do vínculo existente entre a mãe, o RN e o pai.

Evolução: Paciente encontrada já em trabalho de parto. Parto normal realizado dentro da USA, sem qualquer intercorrência para a mãe ou para o RN. Estimulado amamentação precoce, sem boa pega e sucção pelo RN. Paciente encaminhada para a maternidade do HU, para realização da dequitação e primeiros cuidados com o RN.

Ocorrência nº 4: acadêmica Cleusa

Por volta das 04:00h., nossa equipe foi acionada para atender um acidente de carro em uma ladeira da BR 101, próximo ao shopping Itaguaçu. O local era de difícil acesso e a noite estava chuvosa, dificultando ainda mais nossa visualização. Ao chegar no local, encontramos uma equipe do corpo de Bombeiros e uma USB do SAMU, que estava voltando de uma ocorrência e, ao presenciar o acidente, permaneceu no local para prestar socorro.

O motorista perdeu o controle do carro, que caiu na ladeira levando consigo duas pessoas: M.V, sexo masculino, aproximadamente 21 anos de idade, que foi lançado aproximadamente 3 metros para fora do carro e já estava sendo atendido. Encontrava-se gemente, apresentando sangramento em grande quantidade na região craniana, várias escoriações em todo o corpo, possível fratura de clavícula, edema e hematoma em face e lesão no MIE com grande perda sanguínea. Realizamos curativo compressivo para conter os sangramentos e a enfermeira providenciou um acesso venoso para a reposição volêmica e possível administração de medicamentos. Com orientação da regulação, o paciente foi encaminhado para o hospital Regional, permanecendo estável durante todo o trajeto; O segundo paciente foi V.S.F, sexo feminino, aproximadamente 20 anos de idade, que encontrava-se presa nas ferragens, embaixo do veículo capotado. A paciente foi encontrada com o MIE para fora do veículo, com possível fratura de fêmur. Estava consciente, porém confusa e gemente, demonstrando grande agitação. Apresentava lesão extensa na região craniana e várias escoriações nos MMSS e MMII. Quando nossa unidade chegou no local, os bombeiros já estavam próximos ao automóvel retirando V.S.F. das ferragens e prestando apoio psicológico. Após ser retirada do veículo, iniciamos a assistência à paciente. Realizamos sua imobilização na maca rígida e o transporte para a USA do SAMU, onde recebeu os primeiros cuidados. Através de curativos

compressivos, estancamos a hemorragia e providenciamos a monitorização da paciente: PA:140x90; FC: 113bpm; FR: 24mpm. Oferecemos suporte respiratório através de um cateter de oxigênio e realizamos a punção venosa com abocath 18; administrado morfina 10mg, dipirona 4 ml, tilatil 40mg. Os dois pacientes foram encaminhados ao Hospital Governador Celso Ramos.

Aplicando o Processo de Enfermagem, adaptado de Wanda A. Horta:

Histórico:

Identificação: V.M, 20 anos, sexo feminino

Avaliação Primária:

- **Abertura de vias aéreas:** sem sinais de obstrução;
- **Respiração:** apresentando dispnéia;
- **Circulação:** pulso fino e irregular; hemorragia externa em face e MIE;

Sinais vitais

Horário	4:00	4:20	4:40
PA (mmHg)	140 x 90	100 X 90	140 x 80
FR (mpm)	24	21	21
FC (bpm)	113	123	100
T (° C)	36° C	---	---
EID	8	---	---
Sat O₂ (%)	86		91
Hgt	---	---	---

Avaliação Secundária: Fratura e lesões em face; edema moderado na região peri-orbital e maxilar; pele-pálida e sudoréica; MMSS apresentando diversas escoriações; fratura de clavícula esquerda; abdômen globoso, com dor e rigidez à palpação; edema e hematoma em MIE e possível fratura de fêmur.

Diagnóstico de enfermagem: risco para alteração de temperatura corporal; alteração na perfusão tissular; integridade da pele prejudicada; mobilidade física prejudicada; risco para infecção; comunicação prejudicada; déficit no volume de líquidos; integridade da pele prejudicada; padrão respiratório ausente; PCR.

Plano de cuidados: verificado sinais vitais a cada 20 minutos; mantido oximetria de pulso; realizado avaliação da paciente, observando, principalmente, a presença de edema e palidez cutânea, distensão abdominal e traçado cardíaco ao monitor; realizado punção venosa com abocath 16 em MSD; administrado medicação conforme prescrição médica (01 fraco de tilatil 40mg, 01 ampola de morfina e 4ml de dipirona diluídos em 500ml de soro fisiológico); realizado curativo em região craniana e subclávia esquerda; observado aspecto e quantidade de sangramento.

Evolução de enfermagem: paciente encontrada presa nas ferragens, apresentando-se consciente, com lesões no crânio e em fáceis; edema e hematomas moderados em região periocular; abdômen globoso e rígido à palpação; fraturas em clavícula esquerda e em membro inferior esquerdo (fêmur); paciente encaminhada à emergência do Hospital Governador Celso Ramos, demonstrando-se agitada, confusa, gemente, referindo dor em MI e no ombro esquerdo; controlado a hemorragia; sinais vitais oscilando durante todo o trajeto; transmitido à equipe de plantão da instituição as condições atuais do paciente.

Ocorrência nº 5: acadêmica Cleusa

Às 01:30h. nossa USA foi acionada para atender um acidente de trânsito no município de Palhoça: uma colisão entre uma moto e um automóvel. O Corpo de Bombeiros já estava no local e o paciente (motoqueiro), M.G., sexo masculino, de 18 anos de idade, encontrava-se caído em via pública, em decúbito ventral e inconsciente. Apresentava grande sangramento em várias regiões do corpo, pupilas em midríase, ferimento lacerante na cabeça com múltiplas fraturas em crânio e várias fraturas expostas nos MMII. O médico iniciou a avaliação do paciente e constatou ausência de pulso carotídeo e respiração. Posicionamos o paciente em decúbito dorsal para realização da ausculta cardíaca e constatamos a ausência de batimentos cardíacos. O paciente apresentava múltiplas fraturas ao longo de todo o corpo e alguns membros foram dilacerados com o impacto do acidente. Constatamos óbito do paciente no local e o retiramos da via pública. O Corpo de Bombeiros acionou o Instituto Médico Legal (IML), que providenciou a remoção do corpo.

Aplicando o Processo de Enfermagem, adaptado de Wanda A. Horta:

Histórico:

Identificação: M.G.; 18 anos; sexo masculino.

- **Abertura das vias aéreas:** obstruída.

- **Respiração:** ausente.
- **Circulação:** ausente. Presença de hemorragia externa em grande quantidade na região craniana.
- **Neurológico:** paciente inconsciente; Glasgow 3; pupilas em midríase.

Sinais vitais: ausentes.

Avaliação secundária: ferimento lacerante na cabeça com múltiplas fraturas em crânio; várias lesões e fraturas expostas nos MMII.

Diagnóstico de enfermagem: padrão respiratório ausente; integridade da pele prejudicada; mobilidade física prejudicada; rico para infecção; déficit no volume de líquidos corporais.

Plano de cuidados de enfermagem: verificado ausência de respiração e de pulso carotídeo; verificado a saturação de oxigênio. Retirado o paciente da via pública, colocando-o na posição anatômica e cobrindo-o com um lençol descartável.

Evolução: constatado óbito do paciente no local. Acionado IML.

5.3.2 Avaliando a assistência

Realizar o estágio em plantões de doze horas nos permitiu vivenciar a rotina de muitos enfermeiros. Apesar de ser uma carga horária extensa, os plantões não se tornaram cansativos, pois a regulação do SAMU procura revezar as USAs para que toda a equipe possa organizar a unidade após um atendimento, bem como deixar tudo preparado para a próxima ocorrência. Além disso, este tempo na base com uma mesma equipe facilitou a criação de um elo de confiança e amizade com todos os profissionais, que nos consideravam membros integrantes da equipe. Desta forma, a troca de conhecimentos e experiências foi recíproca, pois em todos os momentos percebeu-se o companheirismo e o respeito profissional e pessoal, sem distinção quanto a condição de estagiárias.

O referencial teórico escolhido sustentou nossa prática em todos os atendimentos, pois procuramos atender ao paciente de forma integral, visando assistir suas NHBs afetadas e adaptando o histórico de enfermagem às situações de emergência/ urgência, através do instrumento sistematizado.

Contrariando nosso anseio pelo aprendizado, em alguns plantões não saímos para nenhuma ocorrência, mas foi possível nestes momentos aprofundar conhecimentos teóricos sobre diversas patologias encontradas e auxiliar os enfermeiros em outras atividades, como o empacotamento de materiais a serem encaminhados para o processo de esterilização.

Percebemos que a população ainda não têm o conhecimento necessário sobre a finalidade do SAMU, fato este que reflete no número e motivo das solicitações. Apesar da triagem realizada pela regulação médica, muitos chamados poderiam ser evitados, por não se caracterizarem como situações de emergência/urgência, onde há risco iminente à vida. É extremamente necessário que sejam realizadas ações educativas, com o auxílio da mídia, para esclarecimento da população, impedindo que unidades estejam impossibilitadas de atender situações graves por estarem atendendo solicitações que poderiam ser resolvidas na unidade local de saúde ou na própria residência do solicitante.

Utilizamos o instrumento construído nos 98 atendimentos realizados durante a prática assistencial, alcançando o número de atendimentos proposto inicialmente. Constatamos a viabilidade do instrumento devido às suas características: estrutura sistematizada e adaptada ao APH, de fácil preenchimento, contendo informações essenciais, sendo o preenchimento de responsabilidade do médico e do enfermeiro. Além disso, foi possível estabelecer o perfil da população atendida, através dos dados coletados e registrados no instrumento. Por acreditar na importância do registro de enfermagem, deixamos a ficha de atendimento construída como sugestão para a coordenadora de enfermagem da instituição.

5.4 Desenvolvendo e manifestando atitudes coerentes com as normas éticas, referentes ao código de ética dos profissionais de enfermagem.

Durante todo o nosso estágio, buscamos cumprir os preceitos éticos e legais da Enfermagem. Nos atendimentos procuramos cuidar do paciente com responsabilidade e honestidade, estando sempre supervisionadas por um profissional enfermeiro e cientes do tamanho de nossa responsabilidade. A assistência de enfermagem deu-se sem discriminação de qualquer natureza, atendendo ao paciente de forma integral e observando todas as suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. Foi preciso respeitar e reconhecer o direito do paciente de decidir sobre si, seu tratamento e seu bem-estar. O SAPH exige agilidade, competência técnica, destreza manual, conhecimento científico e raciocínio lógico, sendo preciso muito esforço, estudo e revisão das técnicas de enfermagem aprendidas para contribuir com o serviço e atender ao paciente com segurança e qualidade.

Passamos por diversas situações, e foi necessário em algumas delas respeitar o ser humano na situação de morte e pós-morte, observando também nossos sentimentos e a importância de controlar nossas emoções.

A equipe do SAMU - Florianópolis nos recebeu como mais um membro, o que facilitou a convivência durante todo o período de estágio, existindo sempre o respeito e a consideração recíproca.

Para realizar a assistência de enfermagem com segurança, percebemos a importância de conhecer o código de ética e a lei do exercício profissional da enfermagem, nossos direitos e deveres. Percebemos a importância de, enquanto profissionais da área da saúde, oferecer a assistência ao paciente somente quando nos apropriamos do conhecimento técnico e científico necessários, buscando prestar uma assistência integral e humanizada.

5.5 Desenvolvendo atividades de Educação Continuada junto à equipe de atendimento pré-hospitalar, utilizando a proposta pedagógica libertadora e problematizadora, fundamentada nos princípios de Paulo Freire

No período de vinte de novembro a seis de dezembro de dois mil e seis realizamos as atividades relacionadas à Educação Continuada no SAMU. Participaram da atividade os profissionais que compõem as doze equipes de atendimento que pertencem à sede do SAMU em Florianópolis.

Para implementar a metodologia problematizadora de Paulo Freire e promover a Educação Continuada no serviço, o planejamento das atividades ocorreu nas seguintes etapas:

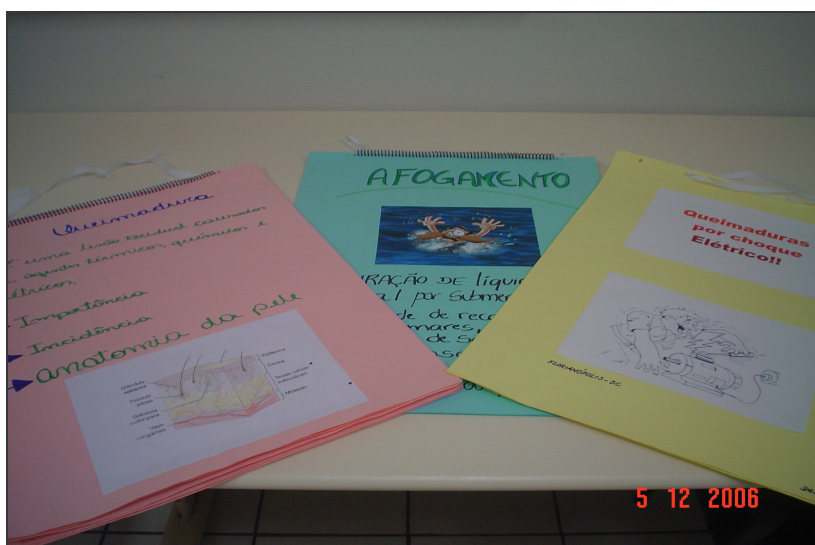
Primeira etapa: Para o levantamento dos temas das oficinas construímos e disponibilizamos para os enfermeiros e socorristas de cada plantão um instrumento contendo a pergunta: “A partir da sua prática profissional e da realidade apresentada pelo SAMU, quais são as principais dificuldades encontradas por você e que poderiam ser trabalhadas, visando a qualidade da assistência e sua realização profissional?” Desta forma, procuramos seguir o primeiro passo do método de Paulo Freire, ou seja, conhecer a realidade para que os profissionais levantassem os temas a serem discutidos, a partir das necessidades percebidas durante a sua prática profissional. Neste primeiro momento participaram vinte e quatro profissionais, sendo quatorze enfermeiros e dez socorristas, que listaram os temas conforme o quadro abaixo:

Quadro 12: Temas listados pelos profissionais de enfermagem do SAMU

Temas	Número	Porcentagem%
Afogamento	04	11,11
Choque elétrico	05	13,88
Cuidados com o neonato	02	5,55
Cuidados com pacientes psiquiátricos	01	2,77
Edema agudo do pulmão	01	2,77
Humanização	02	5,55
Interpretação de ECG	01	2,77
Medicação	01	2,77
Queimadura	09	25
Relação interpessoal	05	13,88
Relaxamento	03	8,33
Trauma	02	5,55
TOTAL	36	100

Os temas de mais solicitados foram: queimadura (25%), choque elétrico (13,88%), relacionamento interpessoal (13,88%) e afogamento (11,11%).

Segunda etapa: Selecionamos os três assuntos mais solicitados nos questionários: queimadura, choque elétrico, relacionamento interpessoal e afogamento. O planejamento das oficinas teve seu início com a pesquisa bibliográfica, onde valorizamos literaturas recentes e específicas para o APH. Confeccionamos o material a ser utilizado em cada oficina: folders, cartazes e flip chart sobre afogamento, queimadura e choque elétrico. Além disso, preparamos uma caixa de chocolate envolta por diversas embalagens de presente para a dinâmica sobre relacionamento interpessoal.



Fonte: arquivo pessoal, 2006.

Terceira etapa: Para iniciar a oficina, procuramos resgatar o segundo e o terceiro passo do método de Paulo Freire (codificação e decodificação), proporcionando um espaço para que os profissionais compartilhassem suas experiências e seu conhecimento prévio sobre o tema e avaliassem sua real importância para o serviço, através de alguns questionamentos, tais como: Já ocorreu no SAMU este tipo de ocorrência? Como foi o atendimento? Quais as dificuldades encontradas pela equipe? Qual a importância para a equipe em discutir estes temas? Em seguida, os principais questionamentos foram resgatados e discutidos, tendo como base o material que preparamos anteriormente.

Para finalização dos temas, realizamos uma dinâmica, com o objetivo de trabalhar o relacionamento interpessoal a partir do reconhecimento das qualidades do colega de trabalho. Para iniciar a dinâmica entregamos uma caixa de bombom a um dos participantes, como um presente das acadêmicas às equipes do plantão. A caixa de bombom entregue está embalada diversas vezes e contém uma mensagem e uma qualidade em cada embalagem. A pessoa que recebeu o presente pela primeira vez, lê a mensagem que informa que ela recebeu uma importante missão, mas que infelizmente o presente ainda não é seu. Desta forma, o repassa ao colega que expressa a próxima qualidade. Ao final, a última qualidade é a caridade, e o colega que recebe o presente também recebe a missão de dividi-lo com todo o grupo.

A dinâmica (apêndice E) foi a forma que encontramos para proporcionar uma reflexão sobre relacionamento interpessoal e agradecer todo o acolhimento e incentivo que recebemos durante todo o estágio por parte dos profissionais.



Fonte: arquivo pessoal, 2006.

Para o encerramento da oficina, após a dinâmica, procuramos resgatar o último passo do método de Paulo Freire (desvelamento crítico), que representa a tomada de consciência a partir da situação compartilhada e discutida. Para isso, entregamos a cada profissional um instrumento para avaliação da oficina e da importância da Educação Continuada para sua prática profissional, contendo a seguinte pergunta: “Sua opinião é muito importante para o nosso crescimento. Como você avalia a atividade realizada pelas acadêmicas e a inserção da Educação Continuada no SAPH?”.

Os registros feitos pelos profissionais, trouxeram para nós um retorno da atividade e demonstraram a necessidade da educação continuada no SAPH, conforme segue abaixo:

“As acadêmicas demonstraram um bom preparo e domínio do conteúdo ministrado, utilizaram recurso audiovisual adequado e material didático interessante”. (Anjo Gabriel)

“Achei a didática muito boa, conseguiram transmitir com clareza”. (Anjo Ezequiel)

“Eu, particularmente, aprendi muito e relembrei muita coisa que só havia visto enquanto acadêmica”. (Anjo Rafael)

“O serviço de Educação Continuada serve para lembrarmos o que está esquecido e aprender o que muda, afinal, em nossa profissão os procedimentos e conceitos mudam sempre”. (Anjo Daniel)

“Acho super importante a Educação Continuada (...) Dúvidas sempre existirão e, na discussão de qualquer tema, sempre há troca de experiências”. (Anjo Hariel)

Durante o período da prática assistencial, também tivemos a oportunidade de participar das oficinas realizadas pela Enfermeira Maíra Melissa Meira com os profissionais do SAMU, sendo parte da sua dissertação de mestrado. O objetivo das oficinas era proporcionar momentos de reflexão entre os profissionais acerca da importância da educação permanente no serviço.

5.5.1 Avaliando a atividade

As oficinas foram realizadas em apenas quatro dos seis plantões planejados, sendo três no período diurno e uma no período noturno, com dezoito profissionais: oito enfermeiras, seis socorristas e quatro médicos. No período noturno realizamos apenas uma oficina devido ao grande número de ocorrências no início do plantão, impedindo que as equipes permanecessem na base para participar da atividade. Quando as USAs retornaram dos atendimentos os profissionais mostraram-se cansados e indispostos para participar da oficina devido ao horário avançado, tornando inviável sua realização. Da mesma forma, durante uma oficina realizada

no período diurno, a USA foi acionada duas vezes, comprometendo o andamento da oficina, já que interrompemos a discussão e só continuamos após o retorno da unidade.

Percebemos que durante as oficinas houve a participação coletiva dos profissionais, demonstrando interesse e disponibilidade em refletir sobre os assuntos selecionados com todo o grupo. Motivados pela equipe, alguns médicos também participaram, oferecendo sua contribuição e refletindo com a prática dos colegas. Os algoritmos, esquemas didáticos e ilustrações utilizadas permitiram uma maior compreensão do assunto, enquanto os folders entregues aos profissionais mostraram o assunto de forma sistematizada e prática.



Fonte: arquivo pessoal, 2006



Fonte: arquivo pessoal, 2006



Fonte: arquivo pessoal, 2006

A ansiedade e o nervosismo presentes no início da primeira oficina foram diminuindo gradativamente a medida que recebíamos a abertura, participação e retorno dos profissionais, pois com suas contribuições também nos ajudaram a proporcionar um ambiente tranquilo e favorável para reflexão e participação de todos, possibilitando a aplicação da metodologia problematizadora de Paulo Freire.

5.6 Desenvolvendo habilidades de pesquisa em Enfermagem

Um dos objetivos do nosso trabalho de conclusão de curso visava o desenvolvimento de habilidades de pesquisa em enfermagem, realizando um estudo para reconhecer como os profissionais do SAMU avaliam a dor em situações de urgência/emergência. Desta forma, a coleta de dados seria realizada durante o período da nossa prática assistencial, através de uma entrevista com os enfermeiros, utilizando um instrumento com a seguinte pergunta: Como você avalia a dor do paciente durante o atendimento de urgência/emergência?.

Não conseguimos alcançar o objetivo proposto e aprofundar conhecimentos e habilidades de pesquisa em enfermagem durante este período, tendo em vista que trata-se de uma pesquisa com seres humanos, onde os enfermeiros relatariam se a dor é avaliada no APH e como isso ocorre; sendo assim, a pesquisa deveria passar obrigatoriamente pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Contudo, não foi possível obter esta autorização durante o período da prática assistencial, impossibilitando a coleta de dados e a realização da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática assistencial realizada no SAMU - SC nos possibilitou um grande aprendizado: ampliamos nossos conhecimentos no atendimento ao paciente em situações de emergência/urgência, vivenciamos a realidade do enfermeiro em uma equipe de saúde multidisciplinar, conhecemos a complexidade de uma instituição de saúde e tivemos a oportunidade de assistir ao paciente em suas NHBs, de forma integral e buscando sempre a humanização do atendimento. O medo e a ansiedade dos primeiros dias de estágio foram gradativamente superados e, a cada ocorrência, nos sentimos mais seguras e motivadas a contribuir com a equipe para prestar uma assistência mais qualificada ao paciente.

Várias atividades práticas em instituições de saúde e comunidade, contribuíram para o nosso aprendizado durante a graduação. Entretanto, a prática assistencial no SAMU foi realizada com uma carga horária superior por se configurar no “estágio supervisionado”, nos proporcionando maiores oportunidades de vivenciar a realidade do profissional enfermeiro e prestar assistência direta ao paciente.

A receptividade e acolhimento dos profissionais do SAMU fez com que nos tornássemos parte da equipe, aprendendo a cada atendimento e podendo contribuir com o conhecimento adquirido durante a graduação. Em alguns momentos, foi possível avaliar o paciente e ter a iniciativa de realizar a assistência, pois a confiança e o espaço conquistado fez com que os profissionais não nos vissem mais como acadêmicas, mas como enfermeiras, membros da equipe.

O instrumento construído para registro dos atendimentos fundamentado na teoria das Necessidades Humanas Básicas, nos possibilitou a coleta de dados, permitindo-nos conhecer a população atendida durante o período de estágio e perceber a importância do registro das ocorrências pelo enfermeiro. Mesmo em um serviço de urgência/emergência, com todas as suas particularidades, é possível aplicar um referencial na assistência, preenchendo a ficha de

atendimento do paciente de forma sistematizada, logo após a ocorrência, para não comprometer a qualidade da assistência.

A cada atendimento, no local da ocorrência, foi possível perceber a fragilidade e as reais necessidades das pessoas atendidas, principalmente no contexto familiar. A confiança depositada pelo paciente demonstrou a importância que o profissional enfermeiro tem para os mesmos nestas situações críticas, podendo ajudar e amenizar o sofrimento físico e psíquico do paciente.

Durante a prática assistencial, também foi possível dar início à Educação Continuada no SAMU, pois os temas das oficinas partiram dos profissionais e os mesmos demonstraram-se interessados e motivados a criar um ambiente de discussão, reflexão e aprendizado. Aprendemos muito com o planejamento, execução e avaliação das oficinas e com a vivência de cada participante, pois pela primeira vez tivemos a oportunidade de realizar todos estes passos sem a supervisão direta do professor. Desta experiência, enquanto acadêmicas, levamos a segurança adquirida, a contribuição dos profissionais e principalmente a certeza de que temos um grande potencial e que é extremamente importante estarmos realizando e motivando atividades que promovam a educação continuada durante toda a nossa vida profissional.

É essencial que os gestores tenham como prioridade a realização das atividades de educação continuada no serviço. Recomendamos a continuidade das atividades de educação continuada no SAMU, principalmente pelas solicitações dos profissionais durante as oficinas, relatando a necessidade de trabalhar outros temas.

Avaliando as ocorrências realizadas durante o período de estágio, percebemos que a população ainda não possui o esclarecimento necessário com relação ao SAMU. Muitos atendimentos não se enquadram no conceito de emergência/urgência e, desta forma, não necessitariam da disponibilização de uma unidade de suporte avançado. São casos que poderiam ser resolvidos em unidades locais de saúde ou com o envio de uma USB.

Mais uma etapa concluída! Neste momento, alguns sentimentos demonstram nossa realização pessoal e profissional por ter realizado nosso trabalho de conclusão de curso no local escolhido e poder vivenciar um pouco da realidade do profissional enfermeiro.

À realização deste trabalho, somamos as expectativas da nova realidade que se inicia. Nosso processo de formação não se encerra aqui, pois entendemos que o processo educativo se dá ao longo da vida. Contudo, após esta importante experiência, nos sentimos capacitadas para enfrentar os desafios da carreira e, finalmente, ser Enfermeiras!

REFERÊNCIAS

ALMOYNA, Miguel Martinez; NITSCHKE, César a. Soares (orgs.). **Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves**. Florianópolis: MS-Brasil, 2000.

BACKES, Vânia M.Schubert et al.Educación continua o permanente de los profesionales de salud.: el “nombre de la rosa” hace la referencia? **Rev. Panamericana de enfermería**, Brasília: julio/diciembre, p.125-131, 2005.

BARBOSA, Marta Regina Bauer. **O papel do enfermeiro nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: Competências, Atribuições, Funções**. Florianópolis: UFSC, 2004. Dissertação, (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências: SAMU-192**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria n.º1863/GM de 29 setembro de 2003. Brasília, 2003 Disponível em:<URL: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1863.htm >. Acesso em 09 Set. 2006.

_____. Portaria n.º2.048/GM de 05 novembro de 2002. Brasília, 2002.Disponível em:<URL:<http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/downloads/port2048.pdf>>. Acesso em 09 Set. 2006.

_____. Portaria n.º.1864/GM de 29 setembro de 2003. Brasília, 2003. Disponível

em:<URL: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1864.htm >. Acesso em 09 Set. 2006.

_____. Portaria nº.824 de 24 julho de 1999. Brasília, 1999. Disponível em:<URL: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm824.htm >. Acesso em 09 Set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde:** Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. 2. ed. Brasília, 2000.

CARRARO, Telma; WESTPHALEN, Mary. Sobre Teoria e Marco conceitual: Sua influencia na Metodologia da Assistência. In:_____. **Metodologia Para a Assistência de Enfermagem:** Teorizações, Modelos e Subsídios para a Pratica. Florianópolis: Cultura e Qualidade, 2001. p.33-37.

Comitê da American Heart Association: **Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.** Vol. 112. American Heart Association, 2005.

Comitê do FCCS (Fundamental Critical Care Support) da Society of Critical Care Medicine the Intensive Care Professionals: **Suporte Básico em Cuidados Intensivos.** 1ª ed. São Paulo: Course text, 2004.

Comitê do PHTLS da National of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em colaboração com o Colégio Americano de Cirurgiões. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: Básico e Avançado.** 5 .ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Legislação. Resoluções. **Apresenta as resoluções e a lei do exercício profissional da Enfermagem, aprovadas pelo plenário do COFEN.**

_____. Resolução nº 225 de 28 de fevereiro de 2000. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/_novoportal>. Acesso em: 15 set. 2006.

_____.Resolução nº 260 de 30 de Abril de 2001. Disponível em:
<www.portalcofen.gov.br/_novoportal>. Acesso em: 15 set. 2006.

_____.Resolução nº 300/05 de 16 de Março de 2005. Disponível em:
<www.portalcofen.gov.br/_novoportal>. Acesso em: 15 set. 2006.

_____.Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em:
<www.portalcofen.gov.br/_novoportal>. Acesso em: 15 set. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA (CREMESC).
Resolução n. 027 e 028. Dispõe a regulamentação a atenção pré-hospitalar no estado de Santa Catarina. Florianópolis: CREMESC. Publicada em 13 de março de 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia:** Saberes necessários à prática educativa. 21.ed.São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GADOTTI, Moacir. **História das Idéias Pedagógicas.** São Paulo: Ática, 1991.

HIGA, Elisa Mieko Suemitsu; ATALLAH, Álvaro Nagib. **Medicina de Urgência.** São Paulo: Manole, 2005.

HORTA, Wanda. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU,1979.

LEOPARDI, Tereza. Teorias em Enfermagem.In:_____.**Teorias de Enfermagem: Instrumentos para a prática.** Florianópolis : Papa-Livros, 1999. p.80-85.

LOPES, D. F. M; GALVÃO, Cristina Maria. **Ser trabalhador de enfermagem da unidade de centro de material:** uma abordagem fenomenológica. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MALVESTIO, Marisa Aparecida; Sousa, Regina Márcia. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.5, out. 2002.

MANTOVANI, Mario. **Suporte Básico e Avançado de Vida no Trauma**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin; PRADO, Maria Lenise do. Enfermagem e Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Brasília: junho, p.71-75, 2003.

MOURA, Maria Lúcia Pimentel de Assis. **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização**. 3. ed. São Paulo, 1999.

NITSCHKE, César Augusto Soares *et al* (org). **SAMU - 192**. Santa Catarina: Núcleo de Educação em Urgência (NEU). Escola de Saúde Pública de Santa Catarina , 2005.

OGUISSO, T.A educação Continuada como fator de mudança: visão mundial. **Rev. Nursing**, junho/ julho, p.20-22, 2000.

PRADO, Marta Lenise do; Gelbcke, Francine Lima. Avaliação das Funções Vitais. In:_____.**Fundamentos de Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 122-128

RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristiana. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev Brasileira de Enfermagem**, maio/junho, p. 355-360, 2005.

ROCHA, Patrícia Kuerten. **Assistência de Enfermagem em serviço de emergência pré-hospitalar e remoção aeromédica**. Florianópolis: UFSC, 2000. Monografia de conclusão do

curso de graduação em enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

RODRIGUES, Alcione Bastos et al. **CME - Central de Material Esterilizado; Rotinas Técnicas**. Belo Horizonte, Healt, 1995.

ROSCHKE, Maria Alice. **Evalución en Procesos de Educacion Permanente y Capacitacion en Saluod**: experiencia y lecciones. Washinjtton: Organizações Panamericana de la Salud, 2006.

GELBCKE, Francine Lima; SOUZA, Maria de Lourdes de; HERR, Lidvina. Educação no Trabalho em Enfermagem. IN: REIBNITZ, Kenya S.; HERR, Lidvina; SOUZA, Maria de Lourdes de (orgs). **Educação, Trabalho e Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR, SPB, 1999. p.67-112 [Módulo 3. Curso de Especialização em metodologia do ensino para profissionalização em Enfermagem]

SAUPE, Rosita et al. Utilizando as Concepções do Educador Paulo Freire no Pensar e Agir da Enfermagem. IN: SAUPE, Rosita; BRITO, Valdete Herdt; GIORGIA, Maria Denise Mesadri. **Educação em Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998.p. 245-270.

SCHLEMPER JUNIOR, R.B.R. **Atendimento pré-hospitalar e transferência interhospitalar de urgência e emergência em SC**. Florianópolis: CREMESC, 2000.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade Convergente Assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Cronograma

APÊNDICE B - Instrumento para registro dos atendimentos

APÊNDICE C – Instrumento modificado para registro dos atendimentos

APÊNDICE D - Instrumento para educação continuada

APÊNDICE - E – Dinâmica do bombom

APÊNDICE - F – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Apêndice A – Cronograma

Cronograma:

Atividades	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.
Elaboração do projeto.	14 a 24					
Entrega do projeto a banca examinadora.	25					
Entrevista com a banca.		02				
Apresentação do projeto, das 14: 00 às 18:00 horas		04				
Início da prática assistencial		06				
Término da prática assistencial				08		
Revisão Bibliográfica.	X	X	X	X	X	
Encontro com a turma para compartilhar experiência de estágio			08			
Elaboração do relatório				X	X	
Entrega do relatório a banca examinadora						05
Entrevista com a banca						08
Apresentação do relatórios						14
Entrega do relatório final						26

Apêndice B - Instrumento para registro dos atendimentos

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A) Identificação:

Nome:..... Idade:..... Sexo: M () F ()

B) Tipo de atendimento: Emergência () Urgência ()

C) Tipo de intercorrência:

D) Sinais e sintomas:.....

E) Alergias: Sim ()..... Não ()

F) Medicações em uso:.....

G) Tratamento médico: Sim ()...... Não ()

H) O que aconteceu?.....

I) Exame Primário (ABCDE):

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

[illegible]

ESCALA: CIPE

C () I () P () E ()

Horário:				
PA				
FC				
FR				
T				
Glasgow				
Sat O2				
Hgt				
DOR (0 – 10)				

II – Diagnóstico de Enfermagem:.....

.....

III – Cuidados de Enfermagem:.....

.....

IV – Evolução de Enfermagem:.....

.....

Data:..... Hora:.....h. Encaminhado:.....

.....

Acadêmica de Enfermagem

Apêndice C– Instrumento modificado para registro dos atendimentos



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: _____

DATA: ____/____/____

HORÁRIO: _____

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

I – IDENTIFICAÇÃO

Paciente: _____	Data nasc.: ____/____/____	Idade: _____	Sexo: F () M ()	Fone: _____
-----------------	----------------------------	--------------	-------------------	-------------

II – OCORRÊNCIA

Motivo da ativação: _____
História: _____

III – AVALIAÇÃO DO PACIENTE

(A)	Normal ()	Obstruída ()
(B)	Normal ()	Obstrução Ventilatória ()
R	Insuficiência Respiratória Aguda ()	Parada Ventilatória ()
E	Ventilação: Espontânea () Assistida () Controlada ()	
S		
(C)	Normal ()	
C	Dor torácica: Típica () Atípica ()	
Á	PA: ____ x ____ mmHg	FC: ____ bpm
R	Choque: Hipov. () Sép. () Cárdi. () Anaf. ()	
D		
(D)	Normal ()	
N	Glasgow	
E	Pupilas: Miose () Midriase () Reag. () Não-reag. ()	
U	Déficit: Sensitivo () Motor ()	
R	Convulsão ()	
G	Aborto: Ameaça () Espontâneo () Provocado ()	
I	Parto: À termo () Pré-termo () Pós-termo ()	
N	Metrorragia ()	
T	Crã	Fac
R	Col	Tór
A	Bac	MSD
U	MSE	MID
M	MIE	
A	Cont	
	Ferim	
	Luxa	
	Frat	
	Lace	
	Secç	
Q	Cab	Pesc
U	Tant	Tpos
E	Per	MSD
I	MSE	MID
M	MIE	
A	I	
	II	
	III	

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

MEDICAÇÃO	DOSE	VIA

EVOLUÇÃO E CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Horário				
PA				
FC				
FR				
T				
EID				
SatO2				
Hgt				

ESCALA CIPE: Crítico () Instável ()
Potencialmente instável () Estável ()

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES/ ESTADO ATUAL:

IV – DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Padrão Respiratório Ineficaz ()	Alteração na nutrição ()	Risco para trauma ()
Incapacidade p/ manter respiração espontânea ()	Alteração na Eliminação Urinária ()	Risco para aspiração ()
Desobstrução Ineficaz das vias aéreas ()	Constipação ()	Comunicação prejudicada ()
Alteração na Perfusão Tissular ()	Diarréia ()	Ansiedade ()
Hipotermia () Hipertermia ()	Integridade da pele prejudicada ()	Medo ()
Déficit no volume de líquidos ()	Mobilidade física prejudicada ()	Déficit de conhecimento ()
Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais ()	Risco para infecção ()	Risco para lesão ()

Ecaminhado: _____ Horário: _____ h.

Acadêmica de Enfermagem

→ ESCALA CIPE:

Crítico→ Paciente em parada respiratória, parada cardiopulmonar ou TCE;

Instável→ Paciente inconsciente, com choque descompensado e/ ou dificuldade respiratória severa, lesão grave de cabeça ou tórax;

Potencialmente Instável→ Paciente com mecanismo agressor importante, em choque compensado, portador de lesão isolada importante ou lesão de extremidade com prejuízo circulatório ou neurológico;

Estável→ Paciente portador de lesões menores, sem problemas respiratórios e com sinais vitais normais.

→ ESCALA DE COMA DE GLASGOW:

OLHOS	Abertos	Espon	4
		Ao comando verbal	3
		A dor	2
	Sem resposta		1
MELHOR RESPOSTA MOTORA MRM	Ao comando verbal	Obedece	6
	Aos estímulos dolorosos	Localiza a dor	5
		Flexão - Sem localizar	4
		Flexão anormal (decorticação)	3
		Extensão (decerebração)	2
		Sem resposta	1
MELHOR RESPOSTA VERBAL MRV	Orientado e conversando		5
	Desorientado e conversando		4
	Palavras inapropriadas		3
	Sons inapropriados		2
	Sem resposta		1
TOTAL 3-15			

Resultado: 3 = péssimo prognóstico

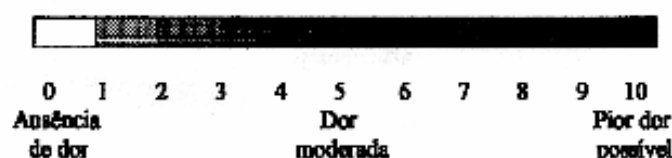
8 = lesão grave (indica a necessidade de intubação endotraqueal)

9 - 12 = lesão moderada

13 - 14 = lesão mínima

15 = ausência de dano neurológico

→ INTENSIDADE DA DOR (EDI)



Apêndice D - Instrumento para educação permanente

A partir da sua prática profissional e da realidade apresentada pelo SAMU, quais são as principais dificuldades encontradas por você e que poderiam ser trabalhadas, visando a qualidade da assistência e sua realização profissional?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Enfermeiro () Técnico de Enfermagem ()

Apêndice E - Dinâmica do bombom criada pelas acadêmicas

1ª Embalagem:

Sua equipe de trabalho recebeu um presente e você foi o responsável por iniciar esta grande missão, mas infelizmente este presente não é seu. Desta forma, entregue-o à pessoa que você considera a mais alegre do grupo.

2ª Embalagem:

Ser alegre é uma dádiva. Parabéns! Com sua alegria você torna o ambiente de trabalho mais agradável e aproxima as outras pessoas. Quem não gosta de ser contagiado pela alegria do outro!? Mas infelizmente este presente não é seu...Entregue-o à pessoa mais responsável do grupo.

3ª Embalagem:

Ser responsável é estar em condições de responder pelos atos praticados, de justificar as razões das próprias ações. Parabéns! Com seu jeito de ser você consegue deixar o ambiente de trabalho organizado, ser pontual e cumprir suas responsabilidades frente aos colegas. mas mesmo com tudo isso, este presente não é seu! Entregue-o à pessoa mais amiga do grupo.

4ª Embalagem:

Nenhum caminho é longo demais quando um amigo nos acompanha... e você sabe ser amigo! está presente nos momentos de festa e boas risadas, mas também sabe ouvir as dificuldades e limites dos colegas de trabalho, demonstrando-se atento e disposto a ajudar no que for possível. Mas, sinto muito, este presente ainda não é seu! Entregue-o à pessoa mais calma do grupo.

5ª Embalagem:

Em nosso ambiente de trabalho sua organização é mais que uma qualidade. Com seu jeito de ser você torna o trabalho mais dinâmico e funcional, realizando seu trabalho de forma eficiente e permitindo aos outros colegas receber o plantão de forma tranquila e segura. Mas desculpe-nos, este presente ainda não é seu! Entregue-o à pessoa mais caridosa da equipe.

6ª Embalagem:

A caridade é uma virtude! E o sentimento de ajudar ao próximo sem buscar qualquer tipo de recompensa. E desta forma você ajuda outros colegas no momento em que mais necessitam. Devido a esta qualidade, você recebeu uma importante missão: abra o presente e seja caridoso, dividindo-o com todo o grupo.

Apêndice F - Termo de Consentimento Livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar este documento, abaixo qualificado, DECLARO que fui devidamente esclarecido(a) sobre o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: Avaliação Assistência de Enfermagem Fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e nos Princípios de Paulo Freire em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, desenvolvido pelas acadêmicas Juliana Jacques da Costa, Karina Garcia de Oliveira e Cleusa Maria Benfica de Oliveira, da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Estou ciente das atividades que as acadêmicas realizarão (oficinas com a equipe do SAMU e atendimento aos pacientes nas Unidades Móveis) e que poderão utilizar fotos e falas pertinentes as atividades de Educação Continuada e que as mesmas poderão vir a ser divulgadas no trabalho. Minha participação é voluntária e posso negar-me a autorizar a divulgação em qualquer tempo, sem qualquer penalização à minha pessoa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelas acadêmicas e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em autorizar minha imagem e fala no trabalho.

Florianópolis, de de 2006

Assinatura do(a) Declarante

Assinatura das Acadêmicas

ANEXOS

ANEXO A- Resolução nº. 225, de 28 de fevereiro de 2000

ANEXO B- Resolução COFEN nº. 300/2005

ANEXO C- LEI N 7.498/86

ANEXO D- Portaria 1863/03/GM/MS

ANEXO E- Portaria 1864/03/GM/MS.

ANEXO F- Portaria 2048/02/GM/MS. Cap. IV, VI.

ANEXO G- Chegada das mochilas

ANEXO H- Chegada do estoque da ambulância

ANEXO I- Chegada da viatura

ANEXO J- Folha de gastos do SAMU

ANEXO L- Códigos de radiocomunicação.

ANEXO M- Documento de aprovação do TCC

ANEXO N- Parecer Final do Orientador Sobre Relatório da Prática Assistencial

ANEXO A

Resolução nº 225, de 28 de fevereiro de 2000

Dispõe sobre cumprimento de Prescrição Medicamentosa/Terapêutica à distância.

O Plenário do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN, no uso das suas atribuições legais e regimentais, em cumprimento ao deliberado na ROP 282;

CONSIDERANDO ser dever profissional, cuidar do cliente sob nossa responsabilidade, oferecendo ao mesmo uma Assistência de Enfermagem segura e livre de riscos;

Resolve:

Art. 1º- É vedado ao Profissional de Enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas, oriundas de qualquer Profissional da Área de Saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, onde não conste a assinatura dos mesmos.

Art. 2º - Não se aplica ao artigo anterior as situações de urgência, na qual, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida do cliente.

Art. 3º- Ocorrendo o previsto no artigo 2º, obrigatoriamente deverá o Profissional de Enfermagem, elaborar Relatório circunstanciado e minucioso, onde deve constar todos os aspectos que envolveram a situação de urgência, que o levou a praticar o ato, vedado pelo artigo 1º.

Art. 4º- Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2000

ANEXO- B

RESOLUÇÃO COFEN Nº 300/2005

Dispõe sobre a atuação do profissional de Enfermagem no Atendimento Pré- hospitalar e Inter-hospitalar.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no exercício de sua competência, consignada no artigo 8º, inciso I da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, tendo em vista a deliberação do Plenário em sua 327ª Reunião Ordinária.

CONSIDERANDO a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, nos artigos 5º, inciso XIII e artigo 197;

CONSIDERANDO a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o Exercício da Enfermagem em seus artigos 2º, 3º, 4º, 11º e seus incisos;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN 240/2000, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN 272/2002 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO os termos da Decisão proferida pela 1ª Vara Federal do Distrito Federal, que vetou a criação e excluiu a figura do "SOCORRISTA";

CONSIDERANDO a Portaria 2048/GM, de 05 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, que trata sobre as atribuições dos Profissionais de Saúde no Atendimento Pré e Inter-hospitalar;

CONSIDERANDO a existência de situações de extremo risco de vida e integridade à saúde que tem sido constatada nas situações de urgência/emergência relacionadas com a Assistência Pré-Hospitalar e com Suporte Básico e Avançado de Vida;

CONSIDERANDO tudo que mais consta do PAD-COFEN Nº 106/96;

RESOLVE:

Art 1º - Que no atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar de Suporte Básico e de Suporte Avançado de Vida os procedimentos de Enfermagem previstos em Lei sejam privativamente desenvolvidos por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, de acordo com a complexidade da ação após avaliação do Enfermeiro.

Parágrafo Único – Toda Assistência de Enfermagem em atendimento em Unidades Móveis de UTI e Suporte Avançado de Vida (terrestre, aérea ou aquática) tem que ser prestada pelo Enfermeiro.

Art 2º - O Enfermeiro deverá desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem como forma de registro e anotações pertinentes à profissão e aos respectivos profissionais de Enfermagem.

Art. 3º - A Assistência de Enfermagem Pré -Hospitalar, tem que estar alicerçados em Protocolos Técnicos específicos, devidamente assinados pelo Diretor Técnico e pelo Enfermeiro Responsável Técnico de Enfermagem da Instituição ou Empresa.

Art 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 16 de março de 2005

Carmem de Almeida da Silva
COREN-BA Nº 0635
PRIMEIRA SECRETÁRIA
COREN-SPNº 2.254

Zolândia Oliveira Conceição

ANEXO- C

LEI N 7.498/86

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências

O presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º - A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único - A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

Art. 4º - A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

Art. 6º - São enfermeiros:

I - o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea d do Art. 3º. do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

i) consulta de Enfermagem;

j) prescrição da assistência de Enfermagem;

l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemática de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem;

g) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

j) educação visando à melhoria de saúde da população;

Parágrafo único - às profissionais referidas no inciso II do Art. 6º desta Lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Brasília, em 25 de junho de 1986, 165º da Independência e 98º da República

José Sarney

Almir Pazzianotto Pinto

ANEXO- D

Portaria nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003

Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, contempladas no Anexo da Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Considerando que é de relevância pública o estabelecimento de normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências, conforme preceituam o art. 197 da Constituição Federal e os arts. 1º e 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o disposto na Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, e NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros;

Considerando a necessidade de garantir a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção;

Considerando a premente necessidade de adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplante da população brasileira;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral às urgências por meio da implantação e implementação dos serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País;

Considerando que é estratégico ao Sistema Único de Saúde garantir a capacitação continuada dos profissionais de suas equipes setoriais;

Considerando as contribuições do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovadas na 131ª Reunião, de 4 e 5 de junho de 2003, e

Considerando as contribuições apresentadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), adotadas em Plenárias da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada em 13 de agosto de 2003.

RESOLVE:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção às Urgências composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, deve ser organizada de forma que permita:

1 - garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);

2 - consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;

3 - desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

4 - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas pessoas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

5 - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do Sistema Único de Saúde em seus três níveis de gestão;

6 - integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais;

7 - qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção às Urgências, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

1. adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

2. organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:

2.a - componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002.

2.b – componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências medicas – 192;

2.c – componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;

2.d – componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;

3. instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;

4. capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;

5. orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

Art. 4º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências instituída por esta Portaria.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

HUMBERTO COSTA

ANEXO-E

Portaria nº 1864/GM Em 29 de setembro de 2003

Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo às urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, contempladas no Anexo da Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Considerando a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria nº 356/SAS, de 22 de setembro de 2000, e NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria nº 1863/GM de 29 de setembro 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências;

Considerando a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel com estrutura e funcionamento adequados à legislação vigente;

Considerando a competência do Ministério da Saúde em estimular a implantação de serviços de saúde responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar móvel no País;

Considerando que é essencial ao Sistema Único de Saúde promover a educação continuada dos profissionais de todas as áreas de atuação;

Considerando a premente necessidade de adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplantes da população brasileira;

Considerando as deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovadas na sua 131ª reunião, de 4 e 5 junho de 2003, e

Considerando as contribuições apresentadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), aprovadas em Plenária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada em 13 de agosto de 2003,

RESOLVE:

Art. 1º Instituir o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, como primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme as orientações gerais previstas nesta Portaria.

Art. 2º Instituir financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, visando à implantação e implementação dos SAMU – 192.

Art. 3º Estabelecer que, para a organização da primeira etapa de implantação dos SAMU, serão destinados recursos para a aquisição de 650 unidades de suporte básico de vida e 150 unidades de suporte avançado de vida, equipamentos, construção, reforma e/ou ampliação de até 152 Centrais SAMU-192 e estruturação de 27 Laboratórios de Ensino em Procedimentos de Saúde para os Núcleos de Educação em Urgência.

Art. 4º Definir que as despesas de custeio deste componente serão de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, Estados e Municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para estes custos.

Art. 5º Estabelecer que o recebimento dos recursos de custeio previstos nesta Portaria, implicará na interrupção e revisão dos mecanismos de financiamento atualmente estabelecidos, correspondentes às atividades de atenção móvel às urgências.

Parágrafo único. Para os efeitos de cumprimento do disposto nesta Portaria:

I. Aos SAMU não será autorizada a apresentação de faturamento de serviços com base na tabela SIA-SUS, por intermédio dos procedimentos Trauma I e Trauma II, uma vez que seus custos devem estar previstos no projeto a ser contemplado no âmbito do componente da Política Nacional de Atenção às Urgências instituído nos termos desta portaria.

II. Os Corpos de Bombeiros e Polícia Rodoviária Federal cadastrados no Sistema Único de Saúde e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA-SUS, para efeitos de registro e faturamento de suas ações.

Art. 6º Definir que a captação dos recursos federais necessários à implantação do componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências ficará condicionada à comprovação do cumprimento dos seguintes pré-requisitos e compromissos:

a) elaboração, formalização e apresentação de Planos Municipais ou Regionais de Atenção Integral às Urgências, articulados ao Plano Estadual de Atenção às Urgências, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite.

a1) Os Planos de Atenção Integral às Urgências deverão explicitar o compromisso de cada uma das unidades e serviços que comporão a rede de atenção e o sistema de referência e contra-referência, além da implantação da política denominada “vaga zero” nas portas de urgência, conforme disposto na Portaria nº 2048/GM, de 5 de dezembro de 2002.

a2) Os Planos deverão conter as grades de referência e contra-referência, por especialidade ou área de atuação, envolvendo todos os serviços do sistema, desde as unidades básicas de saúde (UBS) e unidades saúde da família, as unidades não-hospitalares de atenção às urgências, prontos socorros hospitalares e demais unidades, considerando seu papel potencial, seja como solicitantes ou receptoras, seja como unidades públicas ou contratadas ou conveniadas, considerando os termos do Anexo – Item E, desta Portaria.

a3) Nos casos em que a pactuação aponte a implantação de sistemas regionais, a coordenação do processo de elaboração do Plano Regional será das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais envolvidas.

a4) A coordenação do processo de elaboração do Plano Estadual será das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde. (COSEMS).

b) Apresentar projeto de implantação/implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, com sua respectiva Central SAMU-192, de caráter local ou regional, com acesso gratuito pelo número nacional de urgências (192), em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências (Portaria MS n.º 2048, de novembro de 2002). Este projeto deve incluir a planta física proposta para a Central SAMU-192 e seu custo respectivo.

c) Apresentar proposta de implantação/implementação da área de Educação em Urgências, com respectiva proposta pedagógica de capacitação dos profissionais de nível técnico, superior e agentes sociais que atuam/atuarão no setor, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no referido Regulamento Técnico.

d) Implantação das Coordenações Estaduais de Urgência, das Coordenações Municipais de Urgência e das Coordenações Regionais de Urgência, quando necessário.

e) Elaboração, formalização e apresentação de proposta de estruturação e funcionamento do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal, conforme estrutura e atribuições constantes no Anexo, Item C, desta Portaria.

f) Apresentação de Termo de Adesão ao Plano Municipal ou Regional de Atenção às Urgências, assinado pelos gestores e pelos diretores / coordenadores dos serviços que o compõem. Este Termo deverá afirmar compromissos e funções dos diferentes agentes políticos, envolvendo-os em um processo de diagnóstico / adequação operacional de caráter permanente e dinâmico;

g) Apresentar Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;

h) Submeter o pleito de qualificação para análise à aprovação:

h1) dos respectivos Comitês Gestores do Sistema de Urgências (municipal, estadual e regional, conforme o caso);

h2) do conselho de saúde, comprovando por meio de ata a aprovação do Plano de Atenção às Urgências e do Termo de Adesão. Em projetos de abrangência regional, deverão ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde.

h3) da Comissão Intergestores Bipartite.

i) Os Municípios deverão comprovar capacidade de realizar, no mínimo, os procedimentos PABA acrescidos dos procedimentos M1, conforme especificado nos Anexos 2º e 3 da NOAS 01/02, em especial

no que tange à atenção às urgências, conforme detalhado no Regulamento Técnico das Urgências, editado pela Portaria 2048/02, Capítulo I (itens 1, 2 e 3), Capítulo III (itens 1 e 2) e Capítulo V, para as Unidades Hospitalares Gerais de Tipo I.

j) Apresentação trimestral de indicadores de desempenho do serviço, baseados no tempo resposta e seus componentes, casuística de atendimento e taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar, conforme Anexo, Item A.

k) Comprovação de que a contratação dos recursos humanos respeita a legislação vigente, não sendo permitida a precariedade de vínculo nas relações de trabalho.

l) Apresentação de planejamento com vistas a ampliar a captação de órgãos destinados aos transplantes.

m) Disponibilização do banco de dados dos SAMU para implementar os registros de traumatismos não-intencionais e violências em geral, traumatismos no trabalho e o controle sobre doenças de notificação compulsória e outras condições de interesse para o desenvolvimento de estratégias promocionais.

n) Estabelecimento de parceria com os Conselhos Tutelares da Infância e da Adolescência, notificando suspeitas de violência e negligências como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente.

o) Implantação de ações que busquem a humanização do atendimento em urgências, com objetivo definido de fortalecer as relações entre os trabalhadores de saúde e destes com o doente e seus acompanhantes.

p) Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas pessoas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos.

q) Os Municípios e Estados que atendam os critérios aqui estabelecidos e que já possuam serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, operativos nos moldes da legislação vigente, poderão solicitar complementação dos recursos físicos e financeiros, fazendo jus, após aprovação do pleito, ao montante global dos recursos de custeio, incluída a parte já existente do serviço.

Art. 7º As secretarias municipais e estaduais de saúde com serviços de atenção pré-hospitalar e Central SAMU – 192 já em funcionamento nos moldes da legislação referida farão jus imediato dos recursos de custeio mediante apresentação ao Ministério da Saúde de projetos que contemplem:

a) breve histórico do serviço: data de inauguração, localização (se tem sede própria ou não), principais avanços e entraves observados na atenção pré-hospitalar móvel no município / estado;

b) garantia de atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada;

c) cópia do ato formal de Constituição do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, seu regimento e respectivos componentes;

d) cópia dos documentos de cada uma das Viaturas de Suporte Básico e Avançado de Vida em condições de uso que compõem sua frota, devendo as mesmas estar com seus licenciamentos e seguros obrigatórios em dia;

e) contrato(s) de manutenção específico(s) ou declaração do gestor dando garantia de manutenção para a frota do SAMU;

f) lista nominal de todos os profissionais que compõem a equipe, por categoria profissional, com suas modalidades de contratação, indicando os nomes do Gerente do Serviço e das Chefias Médica e de Enfermagem, especificando as demais, se houver;

g) escala mensal dos últimos dois meses dos profissionais que compõem as equipes das viaturas e da Central SAMU-192, a saber: Médicos Reguladores e Intervencionistas, Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem, Motoristas, Telefonistas Auxiliares de Regulação e Operadores de Frota;

h) Termo de Ciência e Compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, dependendo da pactuação estabelecida, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações previstas neste projeto;

Parágrafo único. O pleito de qualificação deve ser submetido à análise e aprovação:

a) dos respectivos Comitês Gestores do Sistema de Urgências (municipal, estadual e regional, quando necessário);

b) do conselho de saúde, comprovando por intermédio de ata a aprovação do Plano de Atenção às Urgências e do Termo de Adesão. Em projetos de abrangência regional, deverão ser apresentadas as atas dos respectivos conselhos municipais e do Conselho Estadual de Saúde, e

c) da Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 8º Definir que todas as instâncias de análise e seleção dos projetos deverão utilizar, de acordo com os requisitos estabelecidos no Artigo 6º, os seguintes critérios de prioridade:

- a) Municípios possuidores de serviços da área da saúde que realizam atenção integral às urgências, com atendimento pré-hospitalar móvel regulado por central médica, acessada 24 horas por número telefônico gratuito – 192, conforme disposto na Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002;
- b) Municípios habilitados na condição de gestão plena do Sistema Municipal;
- c) Municípios com maior porte populacional;
- d) Municípios pólos regionais, definidos no PDR.

§ 1º Com exceção do item “a” que será preferencial, os demais critérios estabelecidos pelo caput deste Artigo não terão caráter hierárquico, entre si.

§ 2º Os projetos previamente analisados e aprovados nas Comissões Intergestores Bipartite deverão estar em conformidade com os Planos Estaduais de Atenção às Urgências.

§ 3º Por meio de pactos entre municípios e estado, poderão ser implantadas Centrais SAMU-192 de abrangência regional, promovendo a otimização do investimento e favorecendo as possibilidades de financiamento tripartite.

Art. 9º Estabelecer que os projetos elaborados pelos estados e municípios, aprovados pelos respectivos conselhos e pela Comissão Intergestores Bipartite, que atenderem ao estabelecido nos artigos 6º, 7º e 8º desta Portaria, deverão ser encaminhados para apreciação da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência – Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde, respeitadas as disposições contidas nas Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Projetos e Programas mediante a Celebração de Convênios, aprovadas pela Portaria nº 601, de 15 de maio de 2003.

Art. 10. Estabelecer que os recursos orçamentários, contraparte da União, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, nos seguintes programas de trabalho:

- 10.302.0023.4306 - Atendimentos Ambulatorial Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde;
- 10.302.0023.4307 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 11. Possibilitar aos Municípios e Estados que possuem Atenção Pré-Hospitalar Móvel e Central SAMU - 192, em conformidade com as especificações técnicas da Legislação existente (Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002), a garantia do custeio por meio do repasse mensal regular e automático, fundo a fundo, desde que tenham seus projetos qualificados, conforme requisitos expressos no Artigo 7º.

Parágrafo único. A liberação dos recursos de investimento dos projetos aprovados ficará condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Art. 12. Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no ato ora publicado.

Art. 13. As instâncias de recurso referentes ao processo de negociação, análise, aprovação e implantação do componente pré-hospitalar móvel serão, por ordem, resolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Art. 14. Para os efeitos do disposto nesta Portaria, o Distrito Federal será tratado como Estado, no que couber, e de acordo com as suas peculiaridades de ente federado, nos termos da Constituição.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

HUMBERTO COSTA

ANEXO-F

Portaria n.º 2048/GM/02/MS

CAPÍTULO IV

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à pessoa, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes.

Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com pessoas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médico

1 - Equipe Profissional

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem contar com equipe de profissionais oriundos da área da saúde e não oriundos da área da saúde. Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (oriundos e não oriundos da área de saúde) devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto - Capítulo VII.

1.1 – Equipe de Profissionais Oriundos da Saúde

A equipe de profissionais oriundos da área da saúde deve ser composta por:

- Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;

- Responsável Técnico: Médico responsável pelas atividades médicas do serviço;
- Responsável de Enfermagem: Enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem ;
- Médicos Reguladores: médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente;
- Médicos Intervencionistas: médicos responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;
- Enfermeiros Assistenciais: enfermeiros responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;
- Auxiliares e Técnicos de Enfermagem: atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro;

OBS: As responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem.

Além desta equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

1.1.1 - Perfil dos Profissionais Oriundos da Área da Saúde e respectivas Competências/Atribuições:

1.1.1.1 - Médico: Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema, habilitado conforme os termos deste Regulamento.

Requisitos Gerais: equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência; obedecer ao código de ética médica.

1.1.1.2 - Enfermeiro: Profissional de nível superior titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, conforme os termos deste Regulamento, devendo além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar.

Requisitos Gerais: disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de pessoas.

1.1.1.3 - Técnico de Enfermagem: Profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Técnico de Enfermagem, titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares, de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento Pré-Hospitalar Móvel, integrando sua equipe, conforme os termos deste Regulamento. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para re-certificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de pessoas.

1.1.1.4 - Auxiliar de Enfermagem: Profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Auxiliar de enfermagem e curso de especialização de nível médio em urgências, titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem com especialização em urgências, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares básicas, de nível médio, habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional e conforme os termos desta Portaria.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para re-certificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem; prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina; fazer curativos; prestar cuidados de conforto ao paciente e zelar por sua segurança; realizar manobras de extração manual de pessoas.

1.2 – Equipe de Profissionais Não Oriundos da Saúde, Perfis e Respectivas

Competências/Atribuições:

A equipe de profissionais não oriundos da área da saúde deve ser composta por, com os seguintes perfis e competências/atribuições:

1.2.1 - Telefonista – Auxiliar de Regulação: Profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas centrais de regulação médica, devendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente e permanentemente pelo médico regulador. Sua capacitação e atuação seguem os padrões previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade de manter sigilo profissional; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: atender solicitações telefônicas da população; anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio; prestar informações gerais ao solicitante; estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar; estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações; anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço; obedecer aos protocolos de serviço; atender às determinações do médico regulador.

1.2.2 - Rádio-Operador: Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para re-certificação periódica; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação; exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel; manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota; conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

1.2.3 - Condutor de Veículos de Urgência:

1.2.3.1 - Veículos Terrestres: Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pelo presente Regulamento como veículos terrestres, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito); capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: conduzir veículo terrestre de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes; conhecer integralmente o veículo e realizar manutenção básica do mesmo; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a malha viária local; conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local, auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de pessoas; realizar medidas reanimação cardiorespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

1.2.3.2 - Veículos Aéreos: Profissional habilitado à operação de aeronaves, segundo as normas e regulamentos vigentes do Comando da Aeronáutica/Código Brasileiro de Aeronáutica/Departamento de Aviação Civil, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar sob a orientação do médico da aeronave, respeitando as prerrogativas legais de segurança de voo, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: de acordo com a legislação vigente no país (Lei nº 7.183, de 5 de abril de 1984; Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986; e Portaria nº 3.016, de 5 de fevereiro de 1988 – do Comando da Aeronáutica), além de disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: cumprir as normas e rotinas operacionais vigentes no serviço a que está vinculado, bem como a legislação específica em vigor; conduzir veículo aéreo destinado ao atendimento de urgência e transporte de pacientes; acatar as orientações do médico da aeronave; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a localização dos estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial que podem receber aeronaves; auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de pessoas; realizar medidas reanimação cardiorespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nas aeronaves de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

1.2.3.3– Veículos Aquáticos: Profissional habilitado à operação de embarcações, segundo as normas e regulamentos vigentes no país, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte

inter-hospitalar sob a orientação do médico da embarcação, respeitando as prerrogativas legais de segurança de navegação.

Requisitos Gerais: Os já determinados pela legislação específica para condutores de embarcações, além de disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: cumprir as normas e rotinas operacionais vigentes no serviço a que está vinculado, bem como a legislação específica em vigor; conduzir veículo aquático destinado ao atendimento de urgência e transporte de pacientes; acatar as orientações do médico da embarcação; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com.

a central de regulação médica e seguir suas orientações; auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de pessoas; realizar medidas reanimação cardiorespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nas embarcações de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

1.2.4 - Profissionais Responsáveis pela Segurança: Policiais militares, rodoviários ou outros profissionais, todos com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a proteção das pessoas e dos profissionais envolvidos no atendimento. Fazem resgate de pessoas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a pessoa esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento;

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência da ocorrência à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a segurança da área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida sob orientação do médico regulador; remover as pessoas para local seguro onde possa receber o atendimento da equipe de saúde; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos próprios; avaliar as condições da pessoa, observando e comunicando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência; transmitir, via rádio, ao médico regulador, a correta descrição da pessoa e da cena; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial pela técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas, utilizando os equipamentos disponíveis em seus veículos; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente; prestar primeiro atendimento à intoxicações, sob orientação do médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento; conhecer e usar os equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; manter-se em contato com a Central de Regulação, repassando os informes sobre a situação da cena e do paciente ao médico regulador, para decisão monitoramento do atendimento pelo mesmo; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento.

1.2.5 - Bombeiros Militares: Profissionais Bombeiros Militares, com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e

orientados pelas Centrais de Regulação. Atuam na identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da pessoa e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazem o resgate de pessoas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte

básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de pessoas ou demandas de saúde à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador; obter acesso e remover a/s pessoa/s para local seguro onde possam receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela mesma ou designado pelo médico regulador, transportar as pessoas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro; avaliar as condições da pessoa, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas; transmitir, ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis; prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente; manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subseqüentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento; conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; realizar triagem de múltiplas pessoas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde; participar dos programas de treinamento e educação continuada, conforme os termos deste Regulamento.

1.3 - Capacitação Específica dos Profissionais de Transporte Aeromédico

Os profissionais devem ter noções de aeronáutica de fisiologia de voo. Estas noções de aeronáutica e noções básicas de fisiologia de voo devem seguir as determinações da Diretoria de Saúde da Aeronáutica, e da Divisão de Medicina Aeroespacial, abrangendo:

Noções de aeronáutica:

- Terminologia aeronáutica;
- Procedimentos normais e de emergência em voo;
- Evacuação de emergência;
- Segurança no interior e em torno de aeronaves;
- Embarque e desembarque de pacientes.

Noções básicas de fisiologia de voo:

- Atmosfera;
 - Fisiologia respiratória;
 - Estudo clínico da hipóxia;
 - Disbarismos;
 - Forças acelerativas em voo e seus efeitos sobre o organismo humano; Aerocinetose;
 - Ritmo circadiano;
 - Gases, líquidos e vapores tóxicos em aviação;
 - Ruídos e vibrações;
 - Cuidados de saúde com paciente em voo.
- A capacitação necessária aos profissionais que atuam no transporte aeromédico será a mesma estabelecida no presente Regulamento para os profissionais do pré-

hospitalar móvel, conforme grade do Capítulo VII, devendo, no entanto, ter a seguinte capacitação adicional:

1.3.1 - Piloto de Aeronave de Asa Rotativa:

Módulo comum: total 8 horas

Qualificação pessoal:

Atendimento pré-hospitalar;

Sistema de saúde local;

Rotinas operacionais

1.3.2 - Profissional de Segurança e Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

Rotinas operacionais de transporte aeromédico:

- Noções de aeronáutica: 10 horas;

- Noções básicas de fisiologia de vôo: 12 horas.

1.3.3 - Médicos e Enfermeiros:

Rotinas operacionais de transporte aeromédico:

- Noções de aeronáutica: 10 horas;

- Noções básicas de fisiologia de vôo: 20 horas.

2 - DEFINIÇÃO DOS VEÍCULOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

2.1 - AMBULÂNCIAS

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos.

As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

As Ambulâncias são classificadas em:

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes pessoas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).

TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.

TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

2.2 - VEÍCULOS DE INTERVENÇÃO RÁPIDA

Estes veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F.

2.3 - OUTROS VEÍCULOS:

Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

3 – DEFINIÇÃO DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DAS AMBULÂNCIAS

As ambulâncias deverão dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

3.1 - Ambulância de Transporte (Tipo A):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação em contato permanente com a central reguladora; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.

3.2 - Ambulância de Suporte Básico (Tipo B):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gases estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e malas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.

As ambulâncias de suporte básico que realizam também ações de salvamento deverão conter o material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas, maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg, fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas, devendo contar, ainda com compartimento isolado para a sua guarda, garantindo um salão de atendimento às pessoas de, no mínimo, 8 metros cúbicos.

3.3 – Ambulância de Resgate (Tipo C):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

Quando realizarem também o suporte básico de vida, as ambulâncias de resgate deverão ter uma configuração que garanta um salão de atendimento às pessoas de, no mínimo 8 metros cúbicos, além de compartimento isolado para a guarda de equipamentos de salvamento e deverão estar equipadas com: maca articulada e com rodas; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a - alimentação do respirador; b - fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, luvas descartáveis; cânulas orofaríngeas de tamanhos variados; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; protetores para queimados ou eviscerados; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gases estéreis; braceletes de identificação;

3.4 - Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e “spray”; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo

agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para recém natos.

3.5.1 - Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel primário:

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 2 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos;
- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria; oxímetro portátil; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna;
- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: conjunto de cânulas orofaríngeas; cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil;; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura; pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato, e glicosada para infusão venosa; caixa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.
- Outros: colete imobilizador dorsal; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; coletes reflexivos para a tripulação; lanterna de mão; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

3.5.2- Aeronaves de Asas Fixas (Aviões) e Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel secundário ou transporte inter-hospitalar:

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 4 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos.
- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria com marca-passo externo não-invasivo; oxímetro portátil; monitor de pressão não-invasiva; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna; capnógrafo; móveis: maleta de vias aéreas contendo: cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas

adulto/infantil; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço, luvas estéreis, recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato e glicosada para infusão venosa; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta, absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

3.6 – Embarcação de Transporte (Tipo F):

Este veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial, poderá ser equipado como indicado para as Ambulâncias de Tipo A, B, ou D, dependendo do tipo de assistência a ser prestada.

4 – DEFINIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DAS AMBULÂNCIAS

Medicamentos obrigatórios que deverão constar nos veículos de suporte avançado, seja nos veículos terrestres, aquáticos e nas aeronaves ou naves de transporte médico (Classes D, E e F):

- Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, epinefrina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidroclorotona; glicose 50%;
- Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%; ringer lactato;
- Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolam;
- Medicamentos para analgesia e anestesia: fentanil, ketalar, quelecin;
- Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.

5 – TRIPULAÇÃO

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto - Capítulo VII.

5.1 - Ambulância do Tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

5.2 - Ambulância do Tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

5.3 - Ambulância do Tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.

5.4 - Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.

5.5 - Aeronaves: o atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e:

- Para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro;
- Para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal.

5.6 - Embarcações: a equipe deve ser composta 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida.

Anexo – G: Checagem Das Mochilas

Mochila Laranja – Procedimentos Especiais

Qtidade	Item	Qtidade	Item
03 unid.	Alfa gesso	01 par.	Luva estéril 8,0
03 unid.	Atadura de crepom 8 cm	01 par.	Luva estéril 8,5
03 unid.	Atadura de crepom 10 cm	01 unid.	Micropore médio
03 unid.	Atadura de crepom 12 cm	01 unid.	Povidine tópico
03 unid.	Atadura de crepom 15 cm	02 unid.	Prestobarba
03 unid.	Atadura de crepom 20cm	01 unid.	Rolo de fita crepe
01 unid.	Avental descartável	01 fras.	SF 0,9% 500 ml
01 unid.	Bolsa coletora de diurese SVD	02 fras.	SF 0,9% 250 ml
01 unid.	Bolsa coletorapara SNG	01 unid.	SNG 6
03 pcts.	Chumaço estéril	01 unid.	SNG 10
02 unid.	Clamps Umbilicais	01 unid.	SNG 14
02 unid.	Cobertor metalizado adulto	01 unid.	SNG 18
02 pcts.	Compressa estéril	01 unid.	SNG 20
01 unid.	Dispositivo p/ incontinência urinária	01 unid.	Sonda foley 10
01 unid.	Esparadrapo grande	01 unid.	Sonda foley 12
02 unid.	Fio cat-gut 2-0	01 unid.	Sonda foley 14
02 unid.	Fio cat-gut 3-0	01 unid.	Sonda foley 16
02 unid.	Fio mononylon 2-0	01 unid.	Sonda foley 18
02 unid.	Fio mononylon 3-0	01 unid.	Sonda retal 24
02 unid.	Fio mononylon 4-0	01 unid.	Sonda retal 26
02 unid.	Fio mononylon 5-0	01 unid.	Sonda retal 30
02 unid.	Fio mononylon 6-0	01 unid.	Sonda uretral 04
05 pcts.	Gaze estéril	01 unid.	Sonda uretral 06
01 unid.	Kit sutura	01 unid.	Sonda uretral 08
02 unid.	Lâminas de bisturi 11	01 unid.	Sonda uretral 10
02 unid.	Lâmina de bisturi 15	01 unid.	Sonda uretral 12
02 unid.	Lâmina de bisturi 23	01 unid.	Sonda uretral 14
3 pares.	Luva de procedimento P	01 unid.	Sonda uretral 16
3 pares.	Luva de procedimento M	01 unid.	Tesoura Ponta-romba
3 pares.	Luva de procedimento G	01 unid.	Xylocaína geléia
01 par.	Luva estéril 6,5		
01 par.	Luva estéril 7,0		
01 par.	Luva estéril 7,5		

Mochila Azul – Vias Aéreas

Qtidade	Item	Qtidade	Item
01 unid.	Ambú Adulto	01 unid.	Micropore médio ou grande
01 unid.	Ambú pediátrico	01 unid.	Nebolização Kit
01 unid.	Ambú neonatal	01 unid.	Pinça de maguil Adulto
01 unid.	Cânula orofaríngea 0	01 unid.	Pinça maguil infantil
01 unid.	Cânula orofaríngea 1	01 unid.	Saco de lixo branco
01 unid.	Cânula orofaríngea 2	01 unid.	Seringa 10ml
01 unid.	Cânula orofaríngea 3	01 unid.	Sonda de aspiração 04
01 unid.	Cânula orofaríngea 4	01 unid.	Sonda de aspiração 06
01 unid.	Cânula orofaríngea 5	01 unid.	Sonda de aspiração 08
03 unid.	Cadarço p/ TOT	01 unid.	Sonda de aspiração 10
01 unid.	Cânula de traqueostomia 6.0	01 unid.	Sonda de aspiração 12
01 unid.	Cânula de traqueostomia 8.0	01 unid.	Sonda de aspiração 14
01 unid.	Cânula de traqueostomia 9.0	01 unid.	Sonda de aspiração 16
01 unid.	Cânula de traqueostomia 10.0	02 unid.	Tubo orotraqueal: 2.5
02 unid.	Catéter nasal de O2 6	02 unid.	Tubo orotraqueal: 3.0
02 unid.	Catéter nasal de O2 8	02 unid.	Tubo orotraqueal: 3.5
02 unid.	Cateter nasal tipo óculos adulto	02 unid.	Tubo orotraqueal: 4.0
02 unid.	Cateter nasal tipo óculos pediátr.	02 unid.	Tubo orotraqueal: 4.5
01 unid.	Esparadrapo grande	02 unid.	Tubo orotraqueal: 5.0
05 pcts.	Gaze estéril	02 unid.	Tubo orotraqueal: 5.5
01 unid.	Guia de entubação adulto	02 unid.	Tubo orotraqueal: 6.0
01 unid.	Guia de entubação pediátrico	02 unid.	Tubo orotraqueal: 6.5
03 pares	Luva de procedimento P	02 unid.	Tubo orotraqueal: 7.0
03 pares	Luva de procedimento M	02 unid.	Tubo orotraqueal: 7.5
03 pares	Luva de procedimento G	02 unid.	Tubo orotraqueal: 8.0
01 par.	Luva estéril 6,5	02 unid.	Tubo orotraqueal: 8.5
01 par.	Luva estéril 7,0	02 unid.	Tubo orotraqueal: 9.0
01 par.	Luva estéril 7,5	01 unid.	Vidro de aspiração c/ intermediário
01 par.	Luva estéril 8,0	01 unid.	Xilocaína geléia
01 par.	Luva estéril 8,5	01 unid.	Xilocaína 2% SVC spray
01 unid.	Laringoscópio adulto 1,2,3,4 e 5		
01 unid.	Laringoscópio pediátrico 1,2 e 3		
01 unid.	Máscara de oxigênio		

Mochila Vermelha – Acesso Venoso

Qtidade	Item	Qtidade	Item
05 unid.	Abaixador de língua	01 unid.	Martelo de reflexo
03 unid.	Abocath 14	01 unid.	Intracath 16
03 unid.	Abocath 16	01 unid.	Intracath 18
03 unid.	Abocath 18	01 unid.	Lanterna
03 unid.	Abocath 20	03 pares	Luva de procedimento P
03 unid.	Abocath 22	03 pares	Luva de procedimento M
03 unid.	Abocath 24	03 pares	Luva de procedimento G
05 unid.	Agulha 13 x 4,5	01 unid.	Manitol 20%
05 unid.	Agulha 25 x 7	01 unid.	Micropore
05 unid.	Agulha 30 x 8	03 unid.	Máscaras cirúrgicas
05 unid.	Agulha 40x 12	03 unid.	Óculos de proteção
01 fr.	Algodão com álcool	01 unid.	Otorrinolaringoscopia
02 unid.	Atadura de crepom de 8 cm	01 unid.	Pasta eletrolítica
02 unid.	Clamps umbilicais	03 unid.	Polifix 2 vias
10 unid.	Eletrodo de monitorização adulto	01 unid.	Polifix 4 vias
05 unid.	Eletrodo de monitorização infantil	01 unid.	Prestobarba
01 unid.	Equipo fotossensível	01 unid.	Ringer lactato 500ml
03 unid.	Equipo macrogota	02 unid.	Saco para vômito
03 unid.	Equipo microgota	03 unid.	Seringa 1ml
03 unid.	Escalpe 19	03 unid.	Seringa 3ml
03 unid.	Escalpe 21	03 unid.	Seringa 5ml
03 unid.	Escalpe 23	03 unid.	Seringa 10ml
03 unid.	Escalpe 25	03 unid.	Seringa 20ml
03 unid.	Escalpe 27	01unid.	SF 0,9 % 125 ml
01 unid.	Esparadrapo comum grande	01 unid.	SF 0,9 % 250 ml
01 unid.	Estetoscópio adulto	01 unid.	SF 0,9 % 500 ml
01 unid.	Estetoscópio pediátrico	01 unid.	SG 5 % 250 ml
01 unid.	Esfigmomanômetro adulto	01 unid.	SG 5 % 500 ml
01 unid.	Esfigmomanômetro pediátrico	01 unid.	Termômetro digital
01 unid.	Fita de ECG	01 unid.	Tesoura ponta romba
01 fr.	Fita de HGT	02 unid.	torneirinha
02 unid.	Garrote		
05 pct.	Gaze estéril		

Mochila Verde – Medicamento

Qtidade	Item	Qtidade	Item
10comp.	AAS 100 mg	03 amp.	Gluconato de cálcio 10%
03 amp.	Adenosina 3 mg/ml	03 amp.	Hidrolazina
20 amp.	Adrenalina	02 amp.	Cortisol 100mg
10 amp.	Água destilada 10 ml	2 amp.	Cortisol 500mg
03 amp.	Aminofilina	01 fr.	Hidróxido de alumínio
05 amp.	Amiodarona	10 comp.	Isordil
15 amp.	Atropina	02 amp.	Kanakion
01 fr.	Atrovent gotas	01 fr.	Manitol 20%
01 fr.	Berotec gotas	03 amp.	Metroclopramida
03 amp.	Bicarbonato de sódio 8,4%	01 fr.	Metroclopramida gotas
01 fr.	Bicarbonato de sódio 8,4%	05 comp.	Monocardil
03 amp.	Bricanyl	02 amp.	Monoocordil
03 amp.	Buscopan composto	03 amp.	Nausedrom
01 fr.	Buscopan composto gotas	10 comp.	Nifedibina
05 amp.	Buscopan simples	02 amp.	Nitroglicerina
10comp.	Captopril 25mg	01 amp.	Nitroprussiato de sódio
03 amp.	Cedilanide	04 amp.	Noradrenalina
02 amp.	Cloreto de potássio 19,1%	02 amp.	Omeprazol
02 amp.	Cloreto de sódio 20%	10 comp.	Parecetamol
01 fr.	Colírio anestésico	01 fr.	Parecetamol
01 fr.	Colírio lacrimaplast	03 amp.	Fenergan
03 amp.	Dexametasona 4 mg/ ml	03 amp.	Ranitidina
03 amp.	Diclofenaco de sódio 75mg	03 unid.	Rehidratante oral
03 amp.	Dimenidrato (Dramil B6 DL)	03 amp.	Seloken
05 comp	Dimenidrato (Dramil B6 DL)	03 amp.	Sulfato de magnésio 10%
05 amp.	Dipirona 2 ml	03 amp.	Tenoxicam 40mg
01 fr.	Dipirona gotas	03 amp.	Verapamil
01 amp.	Dobutamina	02 amp.	Xilocaína 2% SVC
05 amp.	Dopamina	01 tubo	Xilocaína spray
01 tb	Epítezan pomada oftalmo	01 unid.	Xilocaína gel
10 amp.	Furosemida		
05 amp.	Glicose 25%		
05 amp.	Glicose 50%		

Psicotrópicos E Entorpecentes

Qtidade	Item	Qtidade	Item
02 amp.	Akineton 5mg	03 amp.	Haloperidol 5 mg
05 amp.	Clorpromazina	01 fr.	Haloperidol gotas
01 fr.	Clorpromazina gotas	02 amp.	Flumazenil
05 amp.	Diazepam 10mg	05 amp.	Midazolan 15 mg
05 comp.	Diazepam 10mg	05 amp.	Morfina 10mg
03 amp.	Etomidato 2 mg/ml	03 amp.	Narcan
10 amp.	Fenitoína 5%	05 amp.	Nalarfina
03 amp.	Fentanil	05 amp.	Tramadol 50 mg
03 amp.	Fenobarbital		

Anexo – H: checagem do estoque da ambulância

Procedimentos Especiais

Quantidade	Item	Quantidade	Item
05 unid	Ataduras de crepom 08cm	04 pares	Luva estéril 7.0
05 unid	Ataduras de crepom 10cm	04 pares	Luva estéril 7.5
05 unid	Ataduras de crepom 12cm	04 pares	Luva estéril 0.8
05 unid	Ataduras de crepom 15cm	04 pares	Luva estéril 8.5
05 unid	Ataduras de crepom 20cm	01 unid	Micropore médio
03 unid	Aventais descartáveis	01 unid	Povedine tópico (almotolia)
01 unid	Bolsacoletora de diurese(SVD fechado)	02 unid	Prestobarba
01 unid	Bolsa coletora para SNG	01 unid	Rolo de fita crepe
05 unid	Chumaço estéril	01 unid	SNG 06
02 unid	Clamps umbilicais	01 unid	SNG 10
02 unid	Cobertor metalizado adulto	01 unid	SNG 14
10 pcts	Compressa estéril	01 unid	SNG 18
01 unid	Dispositivo p/incontinência urinaria	01 unid	SGN 20
01 unid	Esparadrapo comum grande	01 unid	Sonda foley 10
02 unid	Fio cat-gut 2-0	01 unid	Sonda foley 12
02 unid	Fio cat-gut 3-0	01 unid	Sonda foley 14
02 unid	Fio momonylon 2-0	01 unid	Sonda foley 16
02 unid	Fio momonylon 3-0	01 unid	Sonda foley 18
02 unid	Fio momonylon 4-0	01 unid	Sonda retal 24
02 unid	Fio momonylon 5-0	01 unid	Sonda retal 26
02 unid	Fio momonylon 6-0	01 unid	Sonda retal 30
20pcts	Gaze estéril	01 unid	Sonda uretral 04
01 unid	Kit sutura	01 unid	Sonda uretral 06
02 unid	Lâminas de bisturi 11	01 unid	Sonda uretral 08
02 unid	Lâminas de bisturi 15	01 unid	Sonda uretral 10
02 unid	Lâminas de bisturi 23	01 unid	Sonda uretral 12
1 CX	Luva de procedimento P	01 unid	Sonda uretral 14
1 CX	Luva de procedimento M	01 unid	Sonda uretral 16
1 CX	Luva de procedimento G	01 unid	
04 pares	Luva estéril 6.5	01 unid	

Vias Aéreas

Quantidade	Item	Quantidade	Item
01 unid	Ambu adulto	10 unid	Saco de lixo branco
03 unid	Cadarço p/ TOT	02 unid	Sonda de aspiração 14
05 unid	Cateter nasal de Oxigênio	02 unid	Sonda de aspiração 16
05 unid	Cateter nasal tipo óculos adulto	02 unid	Tubo orotraqueal 7.0
05 unid	Cateter nasal óculos pediátrico	02 unid	Tubo orotraqueal 7.5
01 unid	Esparadrapo comum grande	02 unid	Tubo orotraqueal 8.0
01 unid	Máscara plástica de oxigênio	02 unid	Tubo orotraqueal 8.5
01 unid	Nebulização kit	01 unid	Vidro de aspiração c/ intermediário

Acesso Venoso

Quantidade	Item	Quantidade	Item
05 unid	Abaixador de língua	03 unid	Escalpe 21
05 unid	Abocath 14	03 unid	Escalpe 23
05 unid	Abocath 16	03 unid	Escalpe 27
05 unid	Abocath 18	01 unid	Eparadrapo
05 unid	Abocath 20	01 unid	Fita de ECG
05 unid	Abocath 22	01 unid	Intracath 16
05 unid	Abocath 24	01 unid	Intracath 18
10 unid	Agulha 13x4.5	15 unid	Máscaras cirúrgicas
10 unid	Agulha 25x7	10 unid	Polifix 2 vias
10 unid	Agulha 30x8	05 unid	Polifix 4 vias
10 unid	Agulha 40x12	01 unid	Povedine degermante (almotolia)
01 fr	Algodão com álcool (frasco plástico com tampa)	03 unid	Pestobarba
02 unid	Clamps umbilicais	02 unid	Saco pra vômitos
20 unid	Eletrodo de monitorização adulto	05 unid	Seringa 1ml
10 unid	Eletrodo de monitorização infantil	10 unid	Seringa 3ml
01 unid	Equipo fotosensível	10 unid	Seringa 5ml
10 unid	Equipo macrogotas	10 unid	Seringa 10ml
05 unid	Equipo microgotas	10 unid	Seringa 20ml
03 unid	Escalpe 19	05 unid	Torneirinha
03 unid	Escalpe 21		

Estoque de Medicamentos

Quantidade	Item	Quantidade	Item
05 amp	Adenosina 3 mg/ml	01 fras	Manitol 20 %
20 amp	Adrenalina	10 amp	Metroclorplamida
10 amp	Agua destilada 10 ml	05 amp	Mononitrato de isossorbida (Monocordil)
05 amp	Aminofilina	05 amp	Nausebron
05 amp	Amiodarona (ancoron)	10 cmp	Nifedipina(Adalat)10mg
15 amp	Atropina 0.25 mg	02 amp	Nitroglicerina
01 fras.	Bicarbonato de sodio 8.4%	01 amp	Nitroprusiato de sodio
10 amp	Buscopan composto	04 amp	Noradrenalina
10 cmp	Captopril 25 mg	03 amp	Omeprazol
03 amp	Cedilanide (???)	10 cmp	Paracetamol (Tylenol)
03 amp	Cloreto de potássio 19.1%	03 amp	Prometasina (Fernegan)
03 amp	Cloreto de sódio 20%	05 amp	Ranitidina (Antak)
03 amp	Dexametasona 4 mg/ml	03 amp	Seloken(Metropolol)
05 amp	Diclofenaco de sodico 75 mg	10 fras	Solução de NaCL0.9 % 250 ML
05 amp	Dimenidrato (Dramin B 6)	10 fras	Solução de NaCL0.9% 500ML
10 amp	Dipirona 2 ml	10 fras	Soluçãode Ringer Lactado 500 ml
02 amp	Dubotamina	05 fras	Solução Glicosado 5% 250 ml
05 amp	Dopamina	05 fras	Solução Glicosado 5% 500 ml
10 amp	Furosemida	03 amp	Sulfato de Mg 10 %
05 amp	Glicose 25%	05 amp	Tenoxicam 40 mg (Tilatil)
10 amp	Glicose 50%	03 amp	Verapanil (Dilacoron)
03 amp	Hidralazina	02 fras	Xilocaína 2% SVC
05 amp	Hidrocortisona 100mg	01 tubo	Xilocaína 2% spray
05 amp	Hidrocortisona 500 mg	01 unid	Xilocaína gel
10 cmp	Isossorbida (Isordil) 5 mg		

Anexo – I: Checagem Da Viatura

Inspeção Antes Do Deslocamento

Número	Item	Número	Item
001	Nível, estado e Km. da troca de óleo do Carter e freio	008	Indicação do manômetro do óleo ou freio
002	Nível e estado da água do radiador	009	Marcação do amperímetro
003	Nível do combustível	010	Espelhos retrovisores
004	Chaves do veículo	011	Rádio de comunicação
005	Motor de partida	012	Ajuste do banco/ cinto de segurança
006	Regulagem da marcha lenta	013	Equipamentos obrigatórios
007	Funcionamento do afogador ou abafador		

Inspeção Durante O Percurso

Número	Item	Número	Item
014	Instalações elétricas	024	Mudança macia de marchas
015	Pedal de acelerador	025	Escape de marchas em movimento
016	Perda de potência do motor	026	Resistência do pedal de freio
017	Explosão no escapamento nas reduzidas	027	Curso morto do pedal com 2,5cm.
018	Motor “morrendo”	028	Eficiência da frenagem
019	Superaquecimento	029	Eficiência do freio de estacionamento
020	Fumaça anormal no escapamento	030	Folga excessiva do volante
021	Ruídos anormais	031	Desvio da viatura para um dos lados
022	Ausência de patinação da embreagem	032	Oscilação das rodas/ trepidação do volante
023	Ausência de trancos na embreagem	033	Ruído anormal nos eixos

Inspeção Após O Deslocamento

Número	Item	Número	Item
034	Limpador de pára-brisa	043	Vazamentos
035	Marcador de temperatura dom motor	044	Arranhões e amassados na cabine e carroceria
036	Reaperto de porcas e bicos das câmaras	045	Fixação e estado do escapamento
037	Banda de rodagem dos pneus	046	Fixação e estado do escapamento dos pára-choques
038	Calibragem dos pneus	047	Peças soltas em geral
039	Completar bateria e checar fixação e vazamentos	048	Limpeza geral da viatura
040	Remover corrosão nos contactos	049	Estado, carga e fixação do extintor de incêndio
041	Filtro de ar	050	Documentação do veículo
042	Correia do ventilador e alternador		

Material De Limpeza E Manutenção

Quantidade	Item	Quantidade	Item
01	Balde para limpeza	01	Maço de papel toalha
01	Cera para carro	02	Panos de chão
01	Flanela	01	Saco de estopa
01	Frasco de sabão para carro	05	Sacos de lixo de 40lts
01	Galão de desinfetante para chão	01	Sapólio em pó
01	Lanterna de mão com pilha	01	Vassoura de pêlo
01	Luvas para lavagem	01	Vidro de pneu-limpo

Checagem de Materiais e Equipamentos da Viatura

Quantidade	Item	Quantidade	Item
01	Almotolias Polvidine tópico/ álcool/ sabão líquido	01	Ked completo em bolsa
01	Bloco de fichas de atendimento	01	Kit de drenagem torácica adulto
01	Bloco de receituário	05	Kit de drenagem torácica infantil
01	Bloco de folha de gastos	01	Lençóis/ fronhas
01	Bomba de seringa	01	Mochila verde - Medicamentos
01	Cadeira de rodas	01	Mochila laranja – Procedimentos
03	Caixa de lixo hospitalar	01	Mochila azul – Vias aéreas
03	Capacetes	01	Mochila vermelha – Acesso venoso
02	Capas de chuva	01	Maca retrátil com rodas
01	Cilindro fixo de oxigênio	01	Monitor desfibrilador cardíaco
01	Circuito de ventilador estéril adulto	02	Oxímetro portátil
01	Circuito de ventilador estéril pediátrico/ neonatal	01	Pilhas grandes (reserva para laringoscópio)
01	Colar cervical neonatal	01	Prancha longa com faixas de fixação
01	Colar cervical pediátrico	01	Prancheta
01	Colar cervical P	01	Rádio (HT)
01	Colar cervical M	01	Régua de O ₂ com mangueiras e frascos
05	Colar cervical G	01	Respirador volumétrico
01	Fronhas	01	Tala de tração de fêmur adulto
01	Garrafa de álcool 70%	01	Tala de tração de fêmur adulto
01	Guia da cidade	01	Travesseiro

Revisado e aprovado em 22 de Julho de 2006 pela Comissão Técnica do SAMU Santa Catarina.

Anexo- J: Folha de Gastos do SAMU

UNIDADE-----

EQUIPE DIA:-----

DATA:---/---/-----

EQUIPE NOITE:-----

AAS cartela		Catéter nasal 6		Guia de intubação	
Abaixador de língua		Catéter nasal 8		Hidro cortisona 500mg	
Abocath 14		Cateter óculos		Hidróxido de alumínio	
Abocath 16		Cedilanide		Intracath 16	
Abocath 18		Chumaço pacote		Intraacath 19	
Abocath 20		Clamp umbilical		Isordil cartela	
Abocath 22		Cloreto de potássio		Kanakion	
Abocath 24		Cloreto de sódio		Kit sondagem vesical	
Acetona		Cobertor de alumínio		Kit sutura	
Adenosina		Colírio Anestésico		Lâmina de bisturi 11	
Adrenalina		Compressa estéril		Lâmina de bisturi 15	
Água destilada 10ml		Dexametasona 4mg/ml		Lâmina de bisturi 23	
Água oxigenada		Diclofenaco de sódio		Lençol	
Agulha 13 x 4,5		Dipirona 2 ml		Luva de procedimentoG	
Agulha 25 x 7		Dipirona gotas		Luva de procedimentom	
Agulha 30 x 8		Disp. Incost. Urinária		Luva de procedimentoP	
Agulha 40 x 12		Dobutamina		Luva estéril 6,5	
Alfa gesso		Dopamina		Luva estéril 7,0	
Algodão		Dramin B6 cartela		Luva estéril 7,5	
Aminofilina		Dramin B6 DL		Luva estéril 8,0	
Amiodarona		Dreno de tórax		Luva estéril 8,5	
Atadura 10 cm		Eletrodo adulto/ped.		Manitol 20%	
Atadura 12 cm		Epitesan		Máscara de proteção	
Atadura 20 cm		Equipo fotossensível		Metoclopramida cartela	
Atadura 6 cm		Equipo macro-gota		Metoclopramida gotas	
Atadura 8 cm		Equipo micro-gota		Micropore	
Atropina		Esparadrapo comum		Monocordil	
Atrovent gotas		Fio catgut simples 2-0		Nausedron	
Avental descartável		Fio catgut simples 3-0		Nebulização Kit	
Berotec gotas		Fio catgut simples 4-0		Nifedipina	
Bicarbonato de sódio		Fio mononylon 2-0		Nitroglicerina	
Bolsa coletora p/ SNG		Fio mononylon 3-0		Nitroprussiato de sódio	
Bolsa coletora p/ SVD		Fio mononylon 4-0		Noradrenalina	
Bricanyl		Fio mononylon 5-0		Óculos de proteção	
Buscopan composto		Fio mononylon 6-0		Omeprazol	
Buscopan gotas		Fita de ECG		Paracetamol gotas	
Buscopan simples		Fita de Glicemia		Pasta eletrolítica	
Cadarço p/ TOT		Furosemida		Pilha G	
Cânulatraqueostomia10		Garrote		Pilha M	
Cânula traqueostomia 6		Gaze estéril pacote		Pilha P	
Cânula traqueostomia 8		Glicose 25%		Pinça Maguil	
Cânula traqueostomia 9		Glicose 50%		Polifix 2 vias	

Captopril cartela		Gluconato de cálcio		Polifix 4 vias	
Povidine tópico		Sonda de aspiração 12		Sonda uretral 14	
Prestobarba		Sonda de aspiração 14		Sonda uretral 6	
Ranitidina		Sonda de aspiração 16		Sonda uretral 8	
Re- hidratante oral		Sonda de aspiração 4		Soro fisiológico 125 ml	
Saco de lixo branco		Sonda de aspiração 6		Soro fisiológico 250ml	
Saco para vômito		Sonda de aspiração 8		Soro fisiológico 500ml	
Scalpe 19		Sonda foley 10		Soro glicosado 500ml	
Scalpe 21		Sonda foley 14		Soro glicosado 250ml	
Scalpe 23		Sonda foley 16		Soro ringer lactato 500	
Scalpe 25		Sonda foley 18		Sulfato de magnésio	
Scalpe 27		Sonda foley 20		Tilatil 40mg	
Seloken		Sonda foley 22		Torneirinha	
Seringa 10ml		Sonda foley 8		Tubo oro traqueal n°	
Seringa 1 ml		Sonda nasogástrica 8		Verapamil	
Seringa 3 ml		Sonda retal 24		Xilocaína 2 %	
Seringa 5 ml		Sonda retal 30		Xilocaína geléia	
Seringa 20 ml		Sonda uretral 10		Xilocaína spray	
Sonda de aspiração 10		Sonda uretral 12			

Psicotrópico	Dia recebido	Dia consumido	Dia pedido	Dia entregue	Noite recebida	Noite consumida	Noite pedido	Noite entregue
Akineton 5 mg								
Clorpromazina 5 mg/ml								
Clorpromazina gotas								
Diazepan 10 mg								
Diazepan cp								
Etomiato								
Fenitoina 5 %								
Fentanil								
Fenobarbitol								
Haloperidol								
Ilanexat								
Midazolan								
Morfina								
Fenergan								
Quelicin								
Tramal								
Tylox								

Materiais em falta na unidade (em manutenção deixado em hospitais ...): _____

Material emprestado para outra unidade : _____

Elaborado por : Enf. André Ricardo Moreira e Enf. Gabriela Schweitzer

Anexo- L: Códigos de Radiocomunicação

Código “Q”

QAP	Estou na escuta
QRK	Qualidade da mensagem
QRL	Canal ocupado
QRM	Qualidade ruim da mensagem
QRS	Transmitir mais lentamente
QRU	Mensagem urgente
QRV	A disposição
QSA	Legibilidade
QSL	Entendido
QSM	Devo repetir a mensagem
QSO	Contato
QSQ	Tem um médico a bordo
QSY	Mudar para outra frequência
QTA	Cancelar a mensagem
QTC	Qual a mensagem
QTO	Sanitário
QTQ	Transmitir rapidamente
QTR	Horário
QTY	Local do acidente
QUD	Receber sinal de urgência
TKS	Obrigado

Linguagem “J”

J3	Troca da equipe
J4	Almoço
J5	Abastecimento
J7	Viatura quebrada
J8	Ir ao banheiro
J9	Deslocando a Unidade Móvel para o local da ocorrência
J 10	Chegando no local da ocorrência
J11	Saindo do local da ocorrência
J12	Chegada na base.

Linguagem “P”

P13	Fazer ronda com a Unidade Móvel;
P11	Deslocamento para prestar auxílio a outra equipe
P18	Permanecer com a Unidade Móvel por um tempo determinado em um local estratégico;

ANEXO – M: Documento de aprovação do TCC

NOMES DOS ALUNOS

Juliana Jacques da Costa

Karina Garcia da Silveira

Cleusa Maria Benfica de Oliveira

TÍTULO DO TRABALHO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA NA TEORIA DAS
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E NOS PRINCÍPIOS DE PAULO FREIRE EM
UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

Este Trabalho de Conclusão da disciplina **Enfermagem Assistencial Aplicada, desenvolvida na 8ª UC do** Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade federal de Santa Catarina, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora:

Orientação: Dra. Marta Lenise do Prado

Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Co-orientação: Dda. Patrícia Kuerten Rocha

Supervisores: Dda. Keyla Cristina do Nascimento

Maíra Chiarria Perraro

Mda. Maíra Melissa Meira

Patrícia Machado Wollf

3ª membro : Dra. Grace Dal Sasso

Florianópolis, 08 de fevereiro de 2007.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA:INT 5134- ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da pratica Assistencial

O presente trabalho é fruto do exercício final para conclusão do curso e consiste em um importante documento acerca do atendimento pré-hospitalar e a inserção de enfermagem nesse processo. Traz como contribuição uma experiência de implantação de uma sistematização da assistência de enfermagem, fundamentada em um referencial teórico – Teoria das Necessidades Básicas de Vanda Horta. Para isso, apresenta um embasamento teórico consistente, uma boa revisão da literatura acerca da temática e uma descrição do processo de implantação e funcionamento do serviço de atendimento móvel de urgência no Brasil e em Santa Catarina. Além disso, demonstra a importância e a necessidade de desenvolvimento de ações de educação no trabalho, propostas e desenvolvidas ao largo da experiência, e, nesse estudo, fundamentadas nas idéias de Paulo Freire.

Dra Marta Lenise do Prado

Orientadora